



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : psychologie clinique

Thème :

La détresse psychologique chez les soignants

ORL pendant la COVID-19

Réalisé par :

M^{elle}, SLIMANI Hafida

M^{elle}, TIGHILIT Kahina

Encadrer par :

Dr ABDI Samira

L'année universitaire :

2020/2021

Remerciement

Je remercie Dieu, qui nous a donné de la force, et le courage

pour qu'on puisse faire, et terminer ce travail.

On remercie également notre directrice de thèse MM. ABDI

Samira pour le temps précieux qu'elle a consacré à ce travail.

Nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de

loin à ce modeste travail.

Enfin, un grand merci à nos familles qui ont toujours été là

pour nous encourager.

Dédicaces

Au terme de toutes ces années d'étude, je dédie Ce travail en Signe du respect et de Remerciement

A ce qu'est toujours mon meilleur exemple dans la vie : mon très cher père pour les Sacrifices qu'il a consentis pour mon éducation ;

A ma chère maman qui été toujours à mes coté avec sa tendresse son soutien et ses sacrifices;

A mes frères : Zakaria Louanes et Samy à qui je souhaite des vies pleins de joie et de réussite;

A ma grand-mère : Tassadith et Rkiya

A mes oncles : Abdnour , Abdellah ,Abdsslam et Abd aziz

A mes tantes : Slidja , Samia ,Hassina ,Rachida ,Zahra ;Fouzia ,Khoukha , djida ;zakia ,salima ,katia ,saliha, saida , chrifa et yassmina

A mes cousines : Zahou ;Zarah , Lilia ,Katia Yassmine ,Naima , Ines ,Mina ;Nadjette Meriem , Celine Hana, Cylia et Thiziri

A mes cousins : Moumen et Raouf

A mon petit ange adoré Nacer

A ma binôme kahina

A ma promotrice : Abdi samira

A mes meilleurs amis : Amel, Sihem, Khadija, Abderrahmane

Un petit hommage à mon grand-père : Nacer et Youcef rebi yerhmhom

A toute mes amis (es) les plus proches et plus loin a toute la famille SLIMANI

A tout ce que je pense très fort

HAFIDA

Dédicaces

C'est avec une pensée pleine de reconnaissance que je dédie ce modeste travail

:

A mes très chers parents que j'aime : je vous offre aujourd'hui cette pensée pour vous assurer l'importance que vous évoquez à mes yeux la place unique que vous occupez dans ma vie, aux sacrifices que vous avez donnés pour moi j'espère être à la hauteur de vos pensées, que vous serez à jamais fiers de moi. Je vous souhaite affectueusement une longue et heureuse vie avec nous. Que dieu vous bénisse.

A mes cher frère, Khaled et Mehdi je vous souhaite une vie florissante, ainsi à mes chères tantes et cousines : Souad, mima, Samia, Farah, Louisa, sabine qui ont été toujours à mes côtés.

Que de bonheur et de réussite pour vous.

A mon binôme Slimani Hafida je te souhaite que du bonheur et de la joie dans ta vie.

A ma promotrice « ABDI SAMIRA ».

A toute mes amies les plus proches : Sofia, Lynda, yasmina et mounia.

KAHINA

Table des matières

Liste des abréviations.....	1
Introduction générale.....	3

Partie théorique

Problématique et formulation des hypothèses

1. Problématique.....	7
2. Les hypothèses	9
3. Les objectifs de la recherche.....	9
4. Les définitions opérationnelles des concepts.....	10

Chapitre I : La Détresse Psychologique

Préambule	13
1. Définitions	13
2. Les dimensions de la détresse psychologique	14
2.1. Dépression	14
2.1.1. Définition de la dépression	14
2.1.2. L'épidémiologie	15
2.1.3. Les signes	15
2.1.4. Diagnostique de la dépression	16
2.1.5. Le traitement de la dépression	17
2.2. L'anxiété.....	17
2.2.1. Définitions.....	18
2.2.2. Les type de l'anxiété.....	18
2.2.3. Les niveau d'anxiété.....	20
2.2.4. La symptomatologie anxieuse.....	20
2.2.5. La prise en charge des troubles anxieux.....	23
3. Les modèles théoriques de la détresse psychologique	25
3.1. Le modèle demande contrôle	25
3.2. Le modèle contrôle support.....	26
3.3. Modèle de déséquilibre entre efforts et récompenses.....	28
4. Les causes de la détresse psychologique.....	30

5.principale conséquence psychologique du confinement chez les soignants	31
Synthèse	32

Chapitre II : La covid-19

Préambule	34
Aperçu historique	34
1-Définition de la pandémie	34
2-Définition du virus	35
3-Définition de la COVID-19	35
4-Modes de transmission et contagiosité	35
5-Signes et symptômes	36
5.1- Les signes et symptômes les plus fréquents.....	36
5.2- Les signes et symptômes moins fréquents.....	36
6-Facteurs de risque pour le développement d'une forme sévère	37
7-Complications associées à la COVID-19	39
7.1- Complications cardiovasculaires.....	39
7.2- Complications pulmonaires.....	39
7.3- Complications neurologiques.....	39
7.4- Autres complications possible.....	39
8-diagnostic	40
9-Mesures préventives strictes pour limiter la circulation du virus	40
10-Le traitement	41
Synthèse	42

Chapitre III : La chirurgie ORL

1.Définition de la chirurgie orl	44
1.1.La chirurgie	44
1.2.Orl.....	44
2.Le rôle du chirurgien orl	45
3.Examen clinique ORL	46
3.1. L'interrogatoire.....	46
3.2.L'examen physique	47
4.Les conditions du travail d'un chirurgien orl	48
Synthèse	49

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la Recherche

1. Préambule.....	52
2. La méthode d'étude.....	52
3. Etudes de cas.....	53
4. La présentation du lieu de recherche.....	53
5. Le déroulement de la recherche.....	53
5.1.Pré-enquête.....	53
5.2.L'enquête.....	54
6. Les outils de recherche.....	54
6.1.L'entretien clinique.....	55
6.2.L'entretien semi-directif.....	55
6.3. Le guide d'entretien.....	56
6.4. L'échelle de Beck.....	57
6.5. Échelle de l'anxiété d'Hamilton.....	59

Chapitre V : Analyse de la santé mentale des soignants selon certains chercheurs

Préambule	63
1- Analyse de l'article original « anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun ».....	63
2- Analyse de l'article "COV IMPACT : analyse des différents facteurs de stress du personnel hospitalier dans deux centres hospitaliers en France lors de la pandémie COVID-19".....	64
3- Analyse du livre COVID-19 et détresse psychologique : 2020 l'odyssée du confinement..	65
Synthèse	68

Conclusion	70
-------------------------	-----------

Liste bibliographique	72
------------------------------------	-----------

Annexe

Liste des abréviations

OMS : organisation mondiale de la santé.

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2.

Covid-19: Coronavirus disease 2019.

CHU: Centre Hospitalier Universitaire.

ORL: Oto-rhino-laryngologiste.

CDC: Centers for Disease Control and Prevention.

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

IMC : Indice de masse corporelle.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

AVC : Accident vasculaire cérébral.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale.

INTRODUCTION

Introduction générale :

Ces vingt dernières années, le monde a connu plusieurs flambées de maladies infectieuses caractérisées par une vitesse de transmission élevée.

Aujourd'hui, l'inquiétude augmente face à la hausse continue du nombre d'infection à COVID -19, dans certain parties du monde, alors que pour d'autres l'inquiétude est liée à la capacité de maintenir une baisse du nombre de cas.

Les gouvernements, les employeurs, les travailleurs et leurs organisations sont confronté à des grandes défis lorsqu'ils tentent de lutter contre la pandémie de COVID-19 cette confrontation elle-même peut influencer négativement sur leur santé mentale.

L'Organisation mondiale de la santé estime que les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence après les cancers et les maladies cardio-vasculaires. En France, environ 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères. Les conséquences de tels troubles sont majeures pour l'individu concerné, qui présente un risque suicidaire accru, et plus largement un risque plus élevé de mortalité prématurée (OMS).

La crise sanitaire a eu un rôle de catalyseur des problèmes de santé mentale mettant en exergue la nécessité de porter une attention spécifique à cette dimension. .

La pandémie de Covid-19 est venue bouleverser en profondeur notre mode de vie, situation inédite, déstabilisante, les conséquences qui en découlent, génèrent de véritable source d'inquiétude, d'anxiété, d'épuisement 'isolement, sentiment d'insécurité, de deuil... ; tant de facteurs de stress majeurs pour une bonne partie de la population en générale, les patients atteints de troubles psychiatriques en particulier et le personnel soignant

Afin d'épreuve nos hypothèses ; il est question d'étudier la détresse psychologique chez les soignants ORL pendant la période de la COVID-19 ; notre recherche aurait dû s'effectuer au sein de CHU Franz fanon (service ORL), mais suite à la crise sanitaire et la grève des syndicats des psychologues on n'a pas pu faire notre stage pratique.

Pour bien mené cette étude, on s'est référé à un plan de travail que nous avons devisé en deux parties, une partie théorique qui comporte trois chapitres.

Dans le premier on présente la détresse psychologie comprend tous les concepts ayant un rapport avec cette variable, à savoir les définitions, les symptômes, la dimension, les modèles ainsi le traitement lié au phénomène-là.

Le deuxième chapitre réservé à l'aspect médical Covid-19 .il contient la présentation de la pandémie ainsi les risques et le traitement

Le dernier chapitre de la partie théorique on a préféré de le réserver à la chirurgie ORL vu que la population d'étude de notre recherche c'est bien que les médecins ORL .pour mieux comprendre la spécialité le chapitre contient des définitions et la méthode de leur travail.

Quand la deuxième partie du plan est réservé à l'aspect pratique de notre recherche.

Le quatrième qui est la méthodologie de la recherche ; il contient la méthode utilisée dans notre recherche ; la pré-enquête ; lieux de recherche dont nous aurions dû effectuer notre stage pratique.

Le cinquième chapitre est réservé à la présentation et l'analyse du livre intitulé (**COVID-19 ET DETRESSE PSYCHOLOGIQUE**) ainsi de deux articles ayant la relation avec notre thématique vu le manque d'étude antérieurs.

En fin nous avons achevé notre étude à une conclusion suivie d'une liste bibliographique.

Partie théorique

Problématique & Hypothèses

1. Problématique :

A la fin de l'année 2019 et au début 2020, l'Humanité a été prise au dépourvu par la propagation d'une pandémie qui a touché le monde entier. Les modèles du développement économiques et sociaux (développés et sous-développés) se sont retrouvés impuissants et terrifiés par la dangerosité et le mystère du Virus corona (Covid19).

Des cas groupés de pneumonies survenus à WUHAN dans la province du Hubei en Chine continentale ont été rapportés à la transmission interhumaine d'un nouveau coronavirus ; le Sars-CoV-2.

Cette maladie émergente a donné lieu à une pandémie dont une première vague après son émergence asiatique, a touché successivement l'Europe, l'Amérique et l'Afrique. La maladie liée au Sars-CoV-2a été désignée sous le nom de Covid-19.

Les premiers mois de la pandémie de Covid-19 nous ont beaucoup appris sur cette nouvelle maladie, qui poursuit sa progression. **(Jean-François faucher .2020).**

La Covid-19 est une maladie infectieuse d'origine virale, due à une sévère respiration aigues syndrome coronavirus 2 (Sars-CoV-2). Elle se manifeste le plus souvent par des symptômes grippaux bénins, mais des variantes graves, prenant la forme d'une détresse respiratoire, ne sont pas rares chez les individus présentant des facteurs de risque.

La covid-19 en Algérie, elle se propage à partir du 25 février 2020 lorsqu'un ressortissant italien est testé positif au SARS-CoV-2.

À partir du 1er mars 2020, un foyer de contagion se forme dans la wilaya de Blida, des membres d'une même famille ont été contaminés par le coronavirus lors d'une fête de mariage à la suite de contacts avec des ressortissants algériens en France²⁴. Progressivement, l'épidémie se propage pour toucher toutes les wilayas algériennes.

Des cas de Covid-19 sont ensuite détectés, il y avait 1 446 décès et 41 858 cas confirmés en Algérie au 24 août. (<https://www.sante.gov.dz/coronavirus/coronavirus-2019.htm>)

Le 17 mars 2020, à midi, toute la France, à l'instar de nombreux pays voisins, avait confiné sa population, dans l'objectif premier de limiter la propagation du virus, dont on ignorait presque tout, jusqu'à son origine. Cependant, il s'avérait qu'une mise en quarantaine pouvait avoir des effets psychologiques délétères, comme une baisse de moral, des symptômes de stress post-traumatiques, des troubles du sommeil, des crises d'angoisse ou attaques de

panique, des perturbations émotionnelles (la colère, la peur), jusqu'à des états dépressifs caractérisés ou l'abus de médicaments ou d'alcool, comme le montraient des études issues de précédentes épidémies virales, comme le SARS, Ebola, la grippe H1N1, pour ne citer que les plus connues. Chez certains sujets, plus vulnérables, on pouvait même observer des conduites suicidaires. Des sentiments de frustration et l'ennui sont fréquemment décrits chez les personnes confinées. **(Faucher .2020)**

Les soignants sont en première ligne, d'autres font face à la réorganisation du système de santé que rend nécessaire une telle pandémie. Les soignants en première ligne ont été comparés à des « combattants sur le front ». Ils ont donné l'alerte et certains sont décédés de la maladie, à l'instar de Li Wenliang, l'un des premiers médecins chinois à avoir alerté sur la dangerosité du nouveau coronavirus. **(W .El -hage 2020).**

Par ailleurs Le personnel soignant de première ligne fait face à de nombreuses difficultés, comme l'exposition directe aux patients ayant une charge virale haute, l'exposition au risque de contamination, l'épuisement physique, la réorganisation des espaces de travail, l'adaptation à des organisations rigides de travail, la gestion de la pénurie de matériels, le nombre inhabituellement élevé de décès parmi les patients, des collègues ou des proches, des questions éthiques relatives à la prise de décision dans un système de soins en tension. Au-delà du confinement et du pic de l'épidémie, notre système de santé devrait faire face à de nouveaux défis comme l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux, tout particulièrement au sein des populations les plus exposées, à savoir le personnel soignant. **(W .El -hage 2020).**

Le personnel œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux rapporte des inquiétudes et des craintes en lien au contexte de pandémie .il peut aussi vivre de la détresse psychologique et des problèmes de santé mentale .certains facteurs liés à des caractéristiques personnelles et familiales, à des lieux de travail particuliers ou à des conditions organisationnelles ,peuvent aggraver la détresse psychologique ou l'état de santé mental . **(Une production de l'institut national d'excellence en santé et en service sociaux 2020).**

La détresse psychologique de la personne atteinte de la covid-19 est comme une expérience désagréable de nature émotionnelle ,psychologique ou spirituelle qui interfère avec l'aptitude à gérer le traitement de la covid-19 elle se prolonge dans un continuum allant d'un sentiment commun normal de vulnérabilité ;de tristesse ,de peurs ,jusqu'à des problématiques plus majeurs comme une anxiété ,des attaques de panique ,une dépression ou une crise spirituelle .**(Sauvaget.2020)**

Pour mieux comprendre la détresse psychologique on rajoute les petites définitions de ses deux dimensions :

D'abord L'anxiété Un sentiment pénible d'attente, une peur sans objet, la crainte d'un danger imprécis. (Article ; anxiété et angoisse)

En suite La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

En effet les maladies infectieuses telles que la covid -19 constituent une importante menace pour la santé mentale des individus en générale et des personnels de la santé en particulier.

2. Les hypothèses :

A partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions son formuler de la manière suivante :

Comment la covid-19 peut faire apparaitre une détresse psychologique chez les soignants ; notamment la dépression et l'anxiété ?

Hypothèse générale :

Afin de répondre à la question posée dans notre recherche nous avons formulé une hypothèse qui nous facilitera le chemin de l'enquête qui est comme suit :

- Les soignants pendant de la covid-19 sont en détresse psychologique.

Hypothèses partielle :

- L'état de l'anxiété chez les soignants pendant la covid-19 est manifesté à divers degré
- Les soignants pendant la covid-19 présente une dépression sévère.

3. Les objectifs de la recherche :

Nous avons choisi ce thème «la détresse psychologique chez les soignants ORL pendant la COVID-19 » par rapport à son importance. Car c'est un thème d'actualité qui permet d'apporter quelques choses de nouveau vue le manque d'étude en Algérie. Nous pouvons résumer l'objectif de notre étude dans quelques points :

- L'influence du COVID-19 sur la santé mentale des soignants.
- le degré de la dépression et l'anxiété chez les soignants pendant la période de la pandémie.
- les conséquences du confinement sur la vie quotidienne des soignants

4. Les définitions opérationnelles des concepts :

1- La détresse psychologique :

La détresse psychologique est un processus durant lequel apparaissent des signes de stress et d'anxiété faisant suite à un ou plusieurs événements chez une personne n'ayant pas de troubles d'ordre psychiatrique.

2- L'anxiété

L'anxiété est une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus.

3- dépression

La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration.

4- chirurgie

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes qui consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant.

5- orl

ORL signifie Oto-rhino-laryngologie, C'est une spécialité médicale qui étudie l'anatomie, la physiologie et les maladies de l'oreille, du nez et des cavités sinusiennes, du pharyngo-larynx et des régions avoisinantes (faciale et cervicale).

6- virus

Un virus est une particule microscopique infectieuse qui ne peut se répliquer qu'en pénétrant dans une cellule et en utilisant sa machinerie cellulaire. Les virus qui infectent les bactéries sont

les bactériophages. Il existe des virus qui infectent des animaux et d'autres qui infectent les végétaux. S'ils provoquent des maladies, les virus peuvent être considérés comme des germes pathogènes.

7- covid-19

La maladie à coronavirus (COVID-19) est une maladie infectieuse causée par un coronavirus nouvellement découvert appelé coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). Les premiers cas humains de COVID-19 ont été identifiés en Chine, dans la ville de Wuhan, en décembre 2019.

CHAPITRE I

La Détresse Psychologique

Préambule :

La détresse psychologique se caractérise par la présence des symptômes, les plus souvent dépressifs ou anxieux. Ces symptômes, relativement communs, apparaissent généralement dans un contexte d'accidents de vie ou d'événements stressants et peuvent être transitoires.

Dans ce chapitre on va essayer d'expliquer mieux cette notion qui est la détresse psychologique on se basant sur sa définition ; ses causes ; ses dimensions ; ses signes et en fin ses outils de mesure.

1. Définitions :

La Définition De La Détresse Psychologique -Plusieurs notions sont aborder la santé mentale en milieu de travail. Il est possible de retrouver 1er concept de détresse psychologique, de dépression d'épuisement professionnelle (Brunot) dans de nombreuses études empirique (Marie-pierre Cyr .2010).

La distinction de ces termes s'avère, dans la plupart des cas, un exercice difficile puisqu'ils englobent tous la description d'un déséquilibre et d'une atteinte au niveau psychique de l'individu qui sont visible par l'expression de déférents symptômes non spécifique à une pathologie donnée. (Marie-pierre Cyr .2010)

La définition et la mesure de la détresse psychologique se veulent plus générale puisque celle-ci englobe dans un même temps de nombreux signes d'un déséquilibre psychique décrits et mesures par les notions de dépression et d'épuisement professionnelle (marchand 2004).certains la définissent comme un ensemble de symptômes psycho sociologiques et comportementaux répartis sur un continuum de temps (marchand 2004).On définit également la détresse psychologique comme un syndrome non spécifique qui inclut des symptômes relies à la dépression, anxiété l'irritabilité .(Marie-pierre Cyr .2010)

Au plan conceptuel, il est difficile de distinguer clairement la détresse psychologique ;la dépression ou l'épuisement professionnelle, car ces notions font toutes appelle à la description de déséquilibre, d'une atteinte au niveau du psychisme de la personne qui se manifeste par différents symptômes non spécifique à une pathologie donnée(marchand,2004).La notion de détresse psychologique se présente comme plus générale dans sa définition et sa mesure ,car elle comprend à la fois les divers signes d'un déséquilibre psychique décrits et mesurés par les notions de dépression et d'irritabilité.

Elle peut être définie en référence à un ensemble de symptômes psychophysiologiques et comportementaux qui se distribuent sur un continuum de temps (Vinet et al., 1986 ; vézina et al., 1992) la notion de détresse psychologique recoupe donc en bonne partie les perturbations du psychisme , traduites par les notions de dépression et d'épuisement professionnel .La notion d'épuisement professionnel est spécifique dans le sens qu'elle fait référence aux états de fatigue et d'épuisement liés à la situation de travail .Les notions de détresse psychologique et de dépression ne couvrent pas, quant à elle, une situation ou un lieu spécifique où se manifestent les symptômes .

Nous retiendrons, pour cette recherche, la notion de détresse psychologique qui chevauche à la fois les symptômes de dépression et d'épuisement professionnel La présence de détresse psychologique démontre qu'un aspect de la vie du travailleur ne fonctionne pas à son plein potentiel et il apparaît donc indispensable de remédier à ce problème afin de réduire l'absentéisme récurrent ou les déclin des habilités intellectuelles. Par ailleurs, il est important de mentionner que nous utilisons le terme « récurrence de la détresse psychologique » pour faire référence à un deuxième épisode ou plusieurs épisodes subséquents de détresse psychologique . (Marie-pierre Cyr .2010)

2. Les dimensions de la détresse psychologique :

2.1. Dépression :

2.1.1. Définition de la dépression :

La dépression pourrait se définir comme une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques (Kleftaras.G. 2004, P 20).

La dépression ne désigne pas un simple coup de déprime ou une tristesse passagère, mais une véritable maladie psychique. Elle se caractérise par des perturbations de l'humeur. L'humeur dépressive entraîne une vision pessimiste du monde et de soi-même. Elle se manifeste en quasi permanence pendant plus de deux semaines et retentit de manière importante sur la vie quotidienne.

Selon Larousse médicale

État pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et un désintérêt intellectuel. Dans son usage familial, le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à vide à des troubles psychiatriques plus sévères. (Yves. M et cool, 2006, p282).

2.1.2. L'épidémiologie :

L'épidémiologie montre qu'il s'agit d'une affection fréquente dont la prévalence (le nombre total de cas diagnostiqués dans une période donnée) sur une période de six mois est de 6% dans la population générale. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans selon l'OMS, il existe 100 millions de déprimés dans le monde sur une période de un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente ; 50% des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode. (Cottraux J. 2006, P112).

2.1.3. Les signes :**Les signes somatiques :**

- Des troubles de sommeil
- Des troubles de la libido
- Des troubles digestifs
- Des troubles cardiovasculaires

Signes psychologiques :

- Symptômes en rapport avec les sentiments : chagrin, tristesse, angoisse, culpabilité, Colère, hostilité, événement, irritabilité.
- Symptômes comportementaux : excitation, le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensée et discours Lent, pleurs, tentatives de suicides.

- Symptômes d'affaiblissement cognitif : diminution de l'aptitude à penser et difficultés de concentration

- Symptômes en rapport avec les changements organiques et des ennuis (symptômes

Neurovégétatifs) : incapacité de vivre le plaisir, diminution de l'appétit, perturbation du sommeil, perte d'énergie, épuisement, diminution du plaisir sexuel et plaintes somatiques. .
(Georges.K, 2004, p, 28).

2.1.4. Diagnostique de la dépression :

DSM-V :

- **Durée minimale :** 2 semaines

Symptômes Critères essentiels/majeurs :

- 1- Humeur dépressive
- 2- Perte d'intérêt ou de plaisir

Présence d'au moins 1 des symptômes toute la journée, presque tous les jours.

Autres symptômes / Critères :

Présence d'au moins 4 symptômes (sur un total de 7) :

- 1- Perte ou gain de poids significatif
- 2- Insomnie ou hypersomnie
- 3- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 4- Fatigue ou perte d'énergie
- 5- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante)
- 6- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer

- 7- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Degré de sévérité :

- Léger = ≥ 1 essentiel et 4 autres
- Moyen = ≥ 6 symptômes dont au moins 1 essentiel
- Sévère = ≥ 7 symptômes dont au moins 1 essentiel

2.1.5. Le traitement de la dépression**Le traitement psychologique :**

- **La thérapie cognitive-comportementale :**

Une thérapie très efficace à court terme qui s'intéresse exclusivement au Comportement présent du sujet déprimé, un travail de modification des contenus dépresogènes du schéma de représentation des mentale du sujet. Le but à teindre ici doit se traduire par une prise de conscience des pensées négatives que le sujet a engendré et ce que dernier y substitut des pensées conformes à sa Réalité environnante par l'intermédiaire d'interprétation plus réaliste et adéquate Aux situations vécues et à venir. (Pedineli J-L ., 205, p. 121).

Le traitement médical :

- **Les médicaments psychotropes :**

La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées, nécessitant un traitement spécifique.

Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs majeurs, Caractérisés par l'acuité et la multiplicité des symptômes, leurs durées et leurs caractères invalidants. (PALAZZOLO J., 207, p. 46-47).

2.2. L'anxiété

2.2.1. Définitions :

En fait l'amalgame qui existe entre l'anxiété et l'angoisse mérite d'être suscitée, afin de mettre en lumière ce qui réunit les deux termes et ce qui les sépare.

L'anxiété :

(Du latin *anxiatus* qui signifie serrer) est définie comme un état émotionnel de tension nerveuse, de peur forte, mal différencié et souvent chronique, prédisposition d'une personne aux états anxieux. (Bloch & Coll, 1991). Par contre, Pierluigi G définit l'anxiété comme: «un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigée vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace des symptômes corporels subjectifs et manifestes» (Graziani, 2003)

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM- IV) :

La définit comme «une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension ». (Famose, 1993).

2.2.2. Les type de l'anxiété :**Anxiété normale :**

Est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence, donc elle fait partie de la nature humaine. D'ailleurs l'anxiété et la peur sont des expériences si communes chez l'être humain que chacun pourrait en donner des exemples personnels, est une réponse normale au stress quotidien, et dans certains cas, elle améliore même la performance. Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver l'individu et le pousser à s'en sortir, c'est-à-dire qu'il travaille mieux sous pression.

Anxiété pathologique :

Est la plus répandue des problèmes psychologique (75% des personnes souffrent d'un trouble anxieux). Les individus souffrant d'anxiété ou de trouble anxieux, sont donc des individus qui ne ressentent plus l'anxiété comme une émotion stimulante, mais comme une sensation souffrante et handicapante qui a franchi le seuil de la pathologie.

Donc l'anxiété est considérée comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique ou rend l'individu dysfonctionnel. **(Robert & Coll, 1999)**

Anxiété trait :

C'est caractéristique individuelle, apparemment innée, qui se manifeste à son tour de deux façons : la prédisposition à éprouver des états de peurs en présence de stimulus qui, pour d'autre individus sont moins fortement anxiogènes, voir pas anxiogènes, voir pas anxiogènes du tout, et la prédisposition à développer des peurs conditionnelles à l'égard de stimulus qui ne sont pas par eux-mêmes directement anxiogènes. **(Bouvard & Couttraux, 2002)**

Anxiété état :

L'état d'anxiété est la réponse comportementale dérivant de la perception d'une menace, cette émotion naît avec la perception de la menace et disparaît avec cette menace. **(Bouvard & Couttraux, 2002)**. Selon **SPELBERGER (1966)** : « l'anxiété état est plus variable à la situation, elle caractérise l'état émotionnel de l'individu par des sensations subjective d'appréhension et de tension, accompagné ou associées à une activation ou une excitation du système nerveux autonome » Bien que l'état est temporaire soit souvent transitoire, il peut réapparaître sous l'effet de stimuli appropriés ; il peut durer si ces conditions inductrices persistent.

2.2.3. Les niveaux d'anxiété :

Faible :

Agitation, irritabilité, augmentation du nombre de question, focalisation sur l'environnement.

Modéré :

Inattention, expression de crainte, perceptions floues, insomnie.

Sévère :

Sentiment de lassitude, discours rapide, tremblement, faible contact des yeux, patient préoccupé par sa situation présente, tachycardie, nausée et hyperventilation.

Panique :

Incapacité de se concentrer ou à communiquer, activité motrice augmentée, vomissements, tachypnée. (Swearingen, 1999)

2.2.4-La symptomatologie anxieuse :

Comme tout effet, l'anxiété s'exprime dans deux registres : psycho comportemental et somatique.

Symptômes psycho comportementale :

- a- Une sensation subjective de malaise, de tension interne.
- b- Sentiment d'appréhension, de crainte.
- c- Sensation d'être inutile.
- d- Irritabilité-confusion-abstention à faire quoi que ce soit.
- e- sentiment d'insécurité, Nervosité, désire de s'échapper de tout, de fuir. (Reynaud, 1996)
- f- Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches. L'activité cognitive et intellectuelle

forge des scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs probables : la survenue d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, des problèmes financiers.

(Palazzolo, 2007)

- g-** Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps) et/ ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnement habituel).
- h-** Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée, à un certain seuil d'intensité anxieuse, trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.
- i-** L'inhibition anxieuse est aussi comportementale. Elle peut être dans certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements marqués par une certaine agressivité.
- j-** Ainsi, par la mimique et le comportement, l'anxiété s'exprime et se montre facilement ressentie par les membres de l'entourage. Un certain degré de contagion anxieuse existe habituellement, susceptible d'aboutir dans certains cas à un certains rejet du patient par son entourage, ou, dans des circonstances plus particuliers, à des phénomènes de groupe (peurs collectives, mouvements de foules). **(Guy, 2005)**

Symptômes somatique:

Ils sont très variés et correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome :

- **Sur le plan cardiovasculaire :**

Tachycardie, troubles mineurs du rythme cardiaque (notamment des ectasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelque fois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de «faire un infarctus» modifications labiles de la tension artérielle.)

- **Sur le plan respiratoire :**

Les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de «souffle coupé», sueurs ou bouffées de chaleur.

- **Sur le plan digestif :**

Sensation de «boule dans la gorge» qui peut gêner l'alimentation qui peut provoquer des nausées et des vomissements, trouble de transit (diarrhée), douleurs épigastriques. **(Reynaud, 1996)**

- **Sur le plan neurologique :**

Des vertiges, maux de tête, troubles de sommeil, difficultés de concentration, problème de mémoire, une dépersonnalisation, sensation d'irréalité.

- **Sur le plan neuromusculaire :**

Tension musculaire quelquefois douloureuse (notamment céphalées postérieures dites de « tension », tremblements, paresthésies, bourdonnement d'oreilles. **(Palazzolo, 2007)**

- **Sur le plan vaso-moteur :**

Hypersudation parfois profuse, pâleur, bouffées vaso-motrices.

- **Sur le plan génito-urinaire :**

Pollakiurie, difficultés sexuelles (impuissance ou éjaculation précoce chez l'homme ; frigidité, dyspareunie chez la femme). La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux

Les 13 symptômes les plus fréquents sont :

- 1- les palpitations ou la tachycardie.
- 2- la transpiration
- 3- les tremblements ou secousses musculaires.
- 4- une sensation d'étouffement ou de manque d'aire.
- 5- une sensation d'étranglement.
- 6- une douleur ou un inconfort thoracique.
- 7- Des nausées ou des troubles digestifs.
- 8- Une sensation de vertige ou d'instabilité.
- 9- Un sentiment d'irritabilité ou de dépersonnalisation.
- 10- La peur de perdre le contrôle de soi ou devenir fou.
- 11- La peur de mourir.
- 12- Des engourdissements ou des picotements.
- 13- Des frissons ou des bouffées de chaleur.

2.2.5. La prise en charge des troubles anxieux**Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) :****La relaxation :**

La relaxation est une approche thérapeutique qui permet de se détendre se reposer, et de se remettre en forme. Il s'agit de plusieurs techniques dérivées de grands courants théoriques, et chaque technique a des objectifs différents des applications différentes, voire des publics différents. Car même si les effets sont les mêmes, tel que : la détente musculaire, bien-être physique, relâchement des tensions psychologiques, diminution de l'anxiété, le choix de telle ou telle méthode par le thérapeute dépendra des exigences de l'indication clinique.

Parmi les techniques utilisées :

- **La technique de Jacobson :**

Elle permet de dénouer les muscles grâce à une méthode de contraction et de décontraction. Elle est très efficace surtout pour les débutants parce qu'elle est simple, pratique et les sensations sont immédiates.

- **La technique de Schultz :**

Training Autogène (Auto-hypnose) ; avec cette technique on peut atteindre tout ce qui peut être défini sous le terme « détente et immersion psychique ». Elle ressemble à un état de somnolence aux premiers stades du sommeil physiologique.

- **La sophrologie :**

Ce terme signifie « science de l'esprit serein », Elle utilise le psychisme pour découvrir son espace intérieur. Un exercice de cette méthode consiste à se concentrer sur les différentes parties du corps (la main droite, le poignet droit, etc.), on continue ce cheminement intérieur pour arriver à un état de relaxation.

- **La pharmacothérapie :**

Parmi les médicaments qu'on peut prescrire à l'anxiété, on trouve : les benzodiazépines, l'hydroxyzine (Atarax), la buspirone (Buspar), l'étifoxine (Stresam), les carbamates, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), les antidépresseurs tricycliques, les bêta-bloquants, et autres médicaments tels les antipsychotiques ou les neuroleptiques sédatifs.

(Palazzolo, 2007)

3. Les modèles théoriques de la détresse psychologique

3.1. Le modèle demande contrôle :

Ce modèle créé par Karasek, en 1979, a été beaucoup utilisé dans les études épidémiologiques portant sur les maladies chroniques telles que la maladie coronarienne. Le modèle est en fait basé sur les caractéristiques psychosociales du travail et il évalue des éléments tels que les exigences du travail et les opportunités de prise de décision (Karasek 1982). Deux composants y sont incluses soit les demandes psychologiques et la latitude de décision (Marie-pierre Cyr .2010)

La première composante évoque les éléments psychosociaux stressants présents dans l'environnement de travail, tels que la pression liée au temps, le rythme de travail élevés, les difficultés liées au travail et les exigences psychologiques du travail (Joggée coll., 2000b). (Karasek 1985) a lui-même défini les demandes psychologiques comme étant des sources de stress psychologique faisant partie de l'environnement de travail. Ces demandes sont composées de l'accomplissement, de la quantité, de la complexité et du caractère imprévisible des tâches, des contraintes de temps et de exigences intellectuelles et demande contradictoire. (Marie-pierre Cyr .2010)

Karasek a posé deux hypothèses dérivées de son modèle, celles-ci étant illustrées à la figure 1 par les différentes diagonales. La première hypothèse, représentée par la diagonale A, est celle de la détresse psychologique. Elle stipule que les tensions psychologiques augmentent avec les demandes psychologiques et la diminution de la latitude décisionnelle. En fait, les emplois les plus nocifs pour la santé mentale résulteraient de la combinaison de forte demande et d'un faible contrôle. Ce sont des emplois à forte tension. Les conséquences de cette combinaison chez les travailleurs sont : la fatigue, l'anxiété, la dépression et les maladies physiques. Karasek et Theorell expliquent l'occurrence de cette réaction par la transformation de l'énergie d'éveil en tension résiduelle et dommageable.

La diagonale Représente la seconde hypothèse qui est celle de l'apprentissage actif. La présente simultanée de demande professionnelle élevée et d'une latitude décisionnelle élevée prédit un apprentissage et un sentiment d'épanouissement chez les travailleurs qui incitent à une grande productivité Les emplois caractérisé par cette combinaison sont appelés : emploi actifs.

L'étude de (**van der doef et al 1998a**) a ciblé principalement le modèle demande contrôle support cependant, ils ont mentionner , dans leur discussion , certains observations intéressants consonants le modèle originelle de (**karazek 1979**). Ils ont trouvé que l'effet modérateur du contrôle existait seulement pour l'autorité décisionnelle . Ils ont remarqué que généralement les études sur le modèle utilisaient une conceptualisation plus large du contrôle , incluant l'autorité décisionnelle avec l'usage discrétionnaire des compétences . Il ont ainsi propose que l'inclusion de cette usage discrétionnaire des compétences (qui n'a pas d'effet modérateurs selon van der doef et al ;1998a) au concept de contrôle pouvait explique pourquoi certains résultats d'étude infirme le modèle originel de karazek . (**Marie-pierre Cyr .2010**)

3.2.Le modèle contrôle support :

Une dizaine d'années suivant la parution du modèle originel de demande contrôle (**karazek1979**), une troisième variable y a été intégré (**karazek et Theorell .1990**) soit le support sociale au travail . Ce dernier représente le niveau en générale les interactions sociale disponible au travail, tant entre les travailleurs et ses collègues qu'avec son super viseur . L'hypothèse élabore 0 Partir de cette nouvelle version du modèle est que l'effet des fortes demandes psychologique et de la faible latitude décisionnelle est accentue lorsque il y a présence d'un faible niveau de support sociale au travail ainsi dans une telle circonstance , le risque de subir une tension psychologique sévère est alors supérieur . Cette hypothèse a été nome « iso tentions ». **Karazek et Theorell (1990)** ont identifié deux types de supports au travail . Le premier , le support socio émotionnelle est relie au niveau d'intégration sociale et émotionnelle et à la confiance qui est présente entre les collègues de travail et entre eux et les super viseur . C'est ce type de support qui est bénéfique pour contre la tentions psychologique . Nous faisons référence ici la cohésion sociale et à l'intégration d'un groupe de travail . Le sec ondes est le support sociale instrumentale , c'est-à-dire les ressources ou l'assistance , nécessaire dans certains taches , offerts par les collègues o le super viseur.

Le modèle demande contrôle support a aussi inspiré de plusieurs études, nous avons déjà mentionné brièvement celle de (van der doef et all 1998) réalisé auprès de deux échantillons de 2000 participants hollandais, afin d'étudier le modèle de (karazek et Theorell 1990), ils ont examiné quatre indicateurs de la tensions professionnelle soient : les plaints psychosomatique la détresse psychologique, l'insatisfaction au travail, et l'absentéisme. L'hypothèse « d'iso-tentions » a trouvé du support au niveau de trois des quatre indicateurs (les plâtes psychosomatiques, la détresse psychologique et l'insatisfaction au travail). Les contraintes du temps (demandes psychologiques élevés) le faible niveau de contrôle et le faible soutien social étaient corrélée à un bien être psychologique plus faible .L'absentéisme, quant à lui était corrélé seulement au faible contrôle et au faible soutien social.

Les analyses ciblant les effets du contrôle ont trouvé que différentes formes de contrôle pouvaient modérer l'impact de forte demande .Cependant il ne faisait de façon consistante que lorsque l'individu bénéficiait d'un grand support de la part de son super viseur .C'est pour cette raison que (**van der doef et al**) ont conclu que la dimension du soutien social était la plus importante et qui il était nécessaire d'en tenir compte .Par contre ils ont trouvé que l'effet modérateur du soutien des collègues du travail est plus restreint que celui de super viseur .

Une autre étude réalisé par(**Sargent et Terry2000**)confirme le modèle de (**karazek et Theorell 1990**), quatre-vingt employés cléricaux d'une université d'Australie ont participé à cette recherche .L'objectif de celle-ci était de voir jusqu'à quel niveaux les différentes sources de soutien social (du superviseur, des collègues ,hors travail), la surcharge de travail (demande psychologique) et le contrôle qu'il est possible d'exercer sur les taches ,influence la satisfaction au travail, la dépersonnalisation et la perception du super viseur de la performance au travail .Les résultats montrent que l'effet négatif des emplois à haute tension sur la satisfaction au travail et sur la dépersonnalisation peut entretenue par la présence d'un haut niveaux de soutien du super viseur .Ils ont aussi trouvé que le soutien sociale des collègues et le support social hors travail peut amoindrir les effets négatifs des emplois à haut tension sur le niveaux de performance .En résumé ,(Sargent et Terry) ont trouvé que le soutien social est important qu'il provienne de l'environnement de travail ou de l'extérieur de travail . Finalement ,plusieurs études se sont intéressées à l'effet du support social indépendamment du modèle théorique de

(**karazek et Theorell 1990**). Par exemple, (**Wilkins et beauder 1998**) ont examiné, entre autre, les associations entre un faible soutien des collègues de travail et un faible support du superviseur et quatre conséquences au niveau de la santé (les migraines, les accidents de travail, la haute pression sanguine et la détresse psychologique). Pour ce faire, ils ont utilisé les résultats d'un sondage réalisé de 9023 canadiens. Les résultats ont montré que le faible soutien sociale était associé à la présence de migraine chez les hommes.

Chez les femmes, le faible soutien social était relié aux accidents de travail et à la détresse psychologique. Une étude menée par (**shigemi et al, 1979**) cherchait à connaître les effets du stress perçu au travail sur la santé mentale. Les participants étaient tous employées dans une compagnie électrique du Japon. Cette étude ne ciblait pas directement le soutien social, mais certains résultats sont tout de même pertinents. Ils ont trouvé que les mauvaises relations avec les supérieurs affectaient de façon négative l'état de santé psychologique des travailleurs. Finalement, (**frese 1999**) a trouvé que la relation entre les stressés et les dysfonctions psychologiques est supérieure lorsque le soutien social est bas et l'inverse est vrai aussi. Ces résultats, qui ont été recueillis de cols bleus de l'industrie du métal en Grande-Bretagne, appuient l'hypothèse des effets modérateurs du soutien social sur la détresse psychologique. (**Marie-pierre Cyr, 2010**)

3.3- Modèle de déséquilibre entre efforts et récompenses :

Selon l'auteur, l'effort fourni au travail fait partie d'un processus d'échange socialement organisé dans lequel la société contribue en termes de récompenses. Le modèle tient compte du contenu du travail, de la perspective sociale du travail, de l'adaptation du titulaire du poste ainsi que de son besoin de contrôle. Les récompenses sont transmises de trois façons, soit par l'argent, l'estime et les opportunités de carrière, incluant la sécurité d'emploi (**Jong et Intrinsèque (Personnel) Extrinsèque (Situation) coll., 2000b ; siegreest, 1996**). Ce modèle stipule que lorsqu'il y a un déséquilibre entre les efforts et les récompenses (de grands efforts avec de faibles récompenses), cela entraîne une situation de détresse qui peut entraîner des effets sur le système nerveux autonome ainsi que des réactions de tension associées (**Jong et coll., 2000b**). On peut penser à un travailleur qui a un emploi instable et exigeant, qu'il réalise à

un niveau élevé d'engagement, et qui en contrepartie n'a aucune récompense en terme de promotion. Il est alors possible que le travailleur se sente menacé ou qu'il développe des sentiments de colère, de dépression et de démoralisation (Siegrist, 1996). Même si le travailleur ne fait pas particulièrement preuve d'un grand engagement, il peut tout de même y avoir des résultats identiques, car il y a présence d'un déséquilibre (McMahon, 2004 ; Niedhammer et Siegrist, 1998 ; Siegrist, 1996 ; Siegrist et Peter, 2000). Il est également possible qu'un travailleur qui fait preuve d'un grand engagement et qui ne reçoit pas de récompenses puisse souffrir de stress, même si personne ne lui a fait de demande (McMahon, 2004 ; Siegrist, 1998 ; Peter et Siegrist, 2000). Lorsque l'on entend parler des demandes liées au travail, on pense souvent à la surcharge de travail, mais il y a aussi les longues heures de travail, trop de travail administratif, un manque de soutien, des interruptions fréquentes, un salaire faible et un manque d'opportunités de promotion (Kinan et Jons, 2008).

Les efforts sont composés d'un élément extrinsèque, soit les demandes et les obligations du travail, et d'un élément intrinsèque, la motivation nécessaire pour satisfaire ces demandes ou le surinvestissement (Rydstedt, Devereux et Sverik, 2007). L'effort extrinsèque correspond aux contraintes de temps, aux interruptions fréquentes, aux nombreuses responsabilités, à l'augmentation de la charge, à l'obligation de faire des heures supplémentaires et aux efforts physiques exigés. Le deuxième élément, soit l'effort intrinsèque ou le surinvestissement, fait référence à l'incapacité de se distancer de ses obligations de travail ou à l'incapacité d'empêcher que les préoccupations du travail n'envahissent pas la sphère privée.

L'expérience du modèle des déséquilibres entre les efforts et les récompenses est fréquente dans les occupations du domaine du service ; particulièrement chez les travailleurs qui sont en interaction avec les clients (Karazek et Theorell, 2000 ; Peter et Siegrist, 1999). Siegrist affirme que son modèle s'applique à plusieurs professions, mais il soutient qu'il s'utilise tout particulièrement dans le cas d'emplois souffrant d'une segmentation croissante du marché du travail, à ceux souffrant de chômage structurel et de changements économiques rapides et également à ceux qui sont impliqués dans un développement de carrière très concurrentiel.

Le modèle des déséquilibre entre les efforts et les récompenses prévoient des manifestations de maladies coronariennes dans le cas de situation néfastes pour un travailleur et contribue à l'explication des risques cardiaques vasculaires tel que l'hypertension et à des effets indésirable sur la santé comme les désordres psychiatriques (**kinman et Jones, 2008 ; niedhammer, 2004.**)Le déséquilibre entre les efforts et les récompensés peut également causer des troubles du sommeil, de la fatigue, des problèmes de consommation d'alcool cet d'absentéisme pour cause de maladie et un faible bien être (**kinman et jones ,2008 Peter et all2000**).De plus les aspirations qui n'auraient pas été comblées par l'organisation après plusieurs années, jumelées à un haut degré d'efforts, augmentent les risques psychosociaux chez les victimes d'infarctus primature (**Marie-pierre Cyr .2010**)

4. Les causes de la détresse psychologique :

Bien qu'on identifie bon nombre de facteurs de risque d'ordre individuel ,social et organisationnel, ce sont ceux liés au travail qui constituée la source la plus importante de souffrance pour les individus .Selon une étude effectué auprès de 2000travailleurs qui se sont absente en moyenne six mois en raison d'un problème de santé mentale ,la cause de leur absence est relie pour 10%des répondants à leur vie personnel ;60%à leur vie personnelle au travail tandis que 30%la relie strictement au travail . « Même s'il ne fait aucun doute que des facteurs individuels et personnel interviennent dans l'équation du stresse comme pour toutes les questions de santé et de sécurité du travail, la cause de stress au travail et la structure organisationnelles. »

- **Les principaux facteurs organisationnels qui portent atteinte à notre santé psychologique sont :**
 - De leur la surcharge de travail
 - La faible participation aux décisions et le manque de circulation de l'information
 - La faible reconnaissance de l'entourage
 - La faible reconnaissance de l'organisation (déséquilibre entre les efforts, le salaire et la position professionnelle)
 - Les conflits de rôles
 - Les pauvres relations avec le supérieur immédiat.

5. principale conséquence psychologique du confinement chez les soignants :

Pour les professionnels de santé, le confinement a bien entendu réduit les contacts directs avec les patients mais a aussi favorisé l'absentéisme. Ils se sont sentis plus stigmatisés et ont été plus affectés psychologiquement que le grand public. Ils ont également été plus évitant

Des situations sociales à l'issue du confinement et ils ont déclaré une perte de revenus plus importante. Les professionnels de santé ont ressenti plus de colère, de contrariété, de peur, de frustration, de culpabilité, d'impuissance, d'isolement, de solitude, de nervosité, de tristesse, d'inquiétude et se sont finalement déclarés moins heureux. Les professionnels de santé ont également été plus nombreux à se croire atteints du SRAS et à craindre de contaminer d'autres personnes. Une étude n'a toutefois pas montré d'impact chez les professionnels de santé. Nous verrons plus loin que lors de la pandémie de Covid-19, ils ont été très valorisés (applaudis chaque soir à 20 heures dans le monde entier) et que l'écueil de la stigmatisation a non seulement pu être évité grâce à une communication appropriée, mais que celle-ci a au contraire procuré un effet totalement opposé. Enfin, dans les épidémies antérieures, les professionnels de santé ayant été confinés ont présenté des symptômes de stress post-traumatique plus sévères que le grand public. (**covid-19 et détresse psychologique2020, l'odyssée du confinement, NICOLAS FRANCK**).

La notion de confinement recouvre en partie celle d'enfermement. Elle s'en distingue par le fait que le confinement peut impliquer une participation volontaire, alors que l'enfermement est imposé à la personne. Ce mot désigne le fait de ne pouvoir quitter un lieu donné, voire d'être contraint de rester à un endroit où l'on ne souhaiterait pas être. Tout confinement est nécessairement associé à une limitation des contacts sociaux. C'est d'ailleurs le premier objectif en cas d'épidémie pour réduire le nombre des contaminations. De manière plus large, il faut distinguer les confinements solitaires des confinements de groupe.

À côté des mesures imposées en période épidémique, dont il sera largement question dans la suite de cet ouvrage, des personnes sont placées en situation de confinement pour d'autres motifs pendant des durées parfois prolongées. À l'extrême, certaines d'entre elles le vivent seules. Elles cumulent alors les conséquences du confinement et celles d'une privation sensorielle. Nous allons considérer les effets de ces différents types de situations afin de comprendre les effets émotionnels, psychologiques et physiologiques subis par les personnes qui y sont soumises. Ces effets, conséquences de l'adaptation de l'organisme et de la pensée à

la contrainte, sont ceux du stress. (**covid-19 et détresse psychologique2020, l'odyssée du confinement, NICOLAS FRANCK**).

La crainte d'être contaminé

Source de stress supplémentaire : la crainte d'être contaminé, pour soi et sa famille, et le stress suscité par les pénuries de matériel de protection comme les surblouses et les masques. « Je suis en colère ! On nous envoie au front sans armes. En ce moment, sept à dix soignants de l'hôpital sont contaminés chaque jour », s'insurgeait en mars une infectiologue dans « Les Echos ».

La sur médiatisation des difficultés rencontrées par les personnels soignants a également alimenté cette anxiété. Ainsi, même dans les hôpitaux où le stock était suffisant, « les personnels étaient stressés par un risque de pénurie », pointe le Pr Thomas Rimmelé, chef du service d'anesthésie-réanimation aux Hospices civils de Lyon. « Alors qu'on a jamais manqué de masques ! ».

Selon lui, c'est le manque de préparation face à cette maladie inconnue qui a généré le plus de panique. Contrairement aux hôpitaux du Grand-Est et de Paris, impactés les premiers, les hôpitaux lyonnais ont eu davantage de temps pour se préparer et s'organiser, ce qui a fait toute la différence. « On a augmenté nos capacités en lits et on a eu une très bonne collaboration avec une clinique privée de Lyon. Les équipes sentaient que tout était sous contrôle. Quand on se sent dépassé ça fait plus mal ».

Enfin, le confinement généralisé de longue durée n'a pas aidé. Difficile de décompresser, lorsque des rues vides et des rideaux baissés vous accueillent à la sortie du travail. « Quand on rentre chez soi, on se sent un peu isolés, en décalage. Et on entend parler de toutes les blagues sur le confinement, les gens qui disent qu'ils comptent des grains de riz pour s'occuper ! Alors que pour vous, ça n'arrête pas ».

Synthèse :

La détresse psychologique résulte d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont vécues avec persistance chez un individu, peuvent entraîner des conséquences de santé importantes telles que la dépression et l'anxiété.

CHAPITRE II

La Covid-19

Préambule

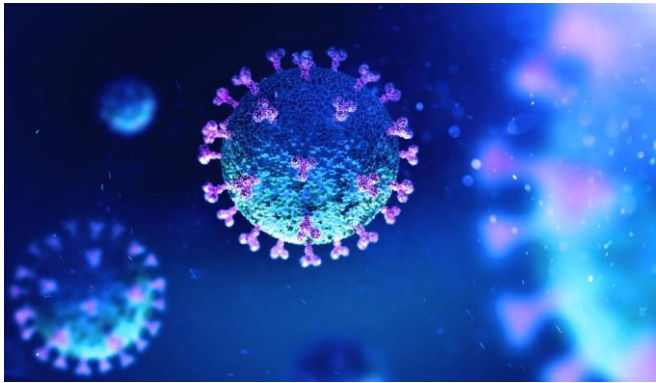
La propagation de nouvelles maladies contagieuses constituait l'un des 10 risques majeurs auxquels le monde se trouvait exposé, La COVID-19 est la crise globale de notre époque et le plus grand défi auquel nous ayons été confrontés depuis la Seconde Guerre mondiale. La crise sanitaire que nous traversons donne cruellement raison aux experts. Ceux-ci avaient attribué une haute probabilité à un événement de cette nature associé à un impact humain, sociétal, économique et environnemental considérable.

Aperçue historique

Le 31 décembre 2019, les autorités sanitaires chinoises déclarent plusieurs cas de pneumonies inexpliquées à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La communauté scientifique identifie un nouveau coronavirus : le SARS-CoV-2, à l'origine du Covid-19. Les origines de ce virus apparu à Wuhan sont floues, mais un marché vendant des fruits de mer, et des animaux sauvages est pointé du doigt. Les premières hypothèses se focalisent d'abord sur la chauve-souris, à cause de nombreux signes génétiques. Mais ce mammifère ne peut pas transmettre de virus directement à l'homme : les chercheurs estiment ensuite que le pangolin aurait pu servir d'intermédiaire. Cette espèce rare est consommée pour sa viande, notamment en Chine. (leparisien.fr)

1- Définition de la pandémie :

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), on parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie. A ce jour 188 pays et territoires du monde sont touchés (sur 198 reconnus par l'ONU). L'épidémie de coronavirus est devenue une pandémie le 11 mars comme annoncé par l'OMS ce même jour, dépassant la barre des 100 pays infectés dans toutes les zones du globe. La grande majorité de la population n'étant pas immunisée contre ce nouveau virus, son impact et sa gravité sont potentiellement plus élevés que dans le cas d'un virus déjà connu. En juin, alors que plusieurs pays ont entamé leur déconfinement, l'OMS s'inquiète de l'accélération de la pandémie dans le monde, notamment aux Etats-Unis et en Amérique Latine.



2- Définition du virus :

Le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) est une nouvelle souche de coronavirus responsable de la pathologie appelée SARSCoV-2 ou encore COVID-19 les coronavirus sont des virus ARN largement présents chez l'homme, certains mammifères, oiseaux et chauves-souris, ces virus peuvent provoquer des infections respiratoires, gastro-intestinales et du système nerveux. Cette souche du COVID-19 présente 79% d'identité nucléotidique en commun avec le SARS CoV et 50% avec le MERS-CoV. (Article : **Profil clinique, virologique et immunologique des patients hospitalisés pour COVID 19 dans la ville de Blida**)

3- Définition de la COVID-19 :

La Covid-19 fait référence à « *Coronavirus Disease 2019* », la maladie provoquée par un virus de la famille des *Coronaviridae*, le SARS-CoV-2. Cette maladie infectieuse est une zoonose, dont l'origine est encore débattue.

La Covid-19 est une maladie respiratoire pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle se transmet par contact rapproché avec des personnes infectées. La maladie pourrait aussi être transmise par des patients asymptomatiques mais les données scientifiques manquent pour en attester avec certitude. (**Futura santé-covid-19**)

4- Modes de transmission et contagiosité :

Le mode de transmission de COVID-19 n'est pas complètement élucidé mais on est certain que la maladie se transmet principalement par :

- Les projections de gouttelettes de sécrétions respiratoires d'une personne infectée lors d'une toux ou d'un éternuement.
- Le contact par les mains ou lors d'un contact avec les surfaces inertes contaminées, comme les boutons d'ascenseur ou les poignées de porte....
- Une transmission par aérosols semble possible, mais encore à confirmer selon l'OMS. La contamination est donc actuellement inter humaine.
- Seules les personnes symptomatiques sont susceptibles de transmettre la maladie bien que l'on ne puisse infirmer l'existence de cas asymptomatiques.
- Le nombre moyen de cas secondaires à partir d'un cas infecté (R0) est de 2,7 environ. **(plan de préparation et de riposte à la menace de l'infection coronavirus COVID-19).**

5- Signes et symptômes :

5.1-Les signes et symptômes les plus fréquents sont:

- Fièvre une température élevée (supérieure à 38° C).
- Toux, généralement sèche.
- Fatigue ou asthénie.
- Agueusie ou dysgueusie.
- Anosmie brutale.

5.2-Les signes et symptômes moins fréquents sont:

- Difficulté respiratoire
- Essoufflement.
- Myalgie.
- Douleurs thoraciques.
- Perte d'appétit.
- Frissons.
- Mal de gorge.
- Rhinorrhée.
- Maux de tête.
- Nausée, vomissements et diarrhée.

- Douleur abdominale.
- Hypoxie silencieuse.
- Conjonctivite.
- Étourdissement.
- Altération de la conscience dont la somnolence, la confusion, le coma.
- Manifestations cutanées (ex. : perniose, rash, urticaire) ou attribuables à des dommages vasculaires (ex. : vasculite ou gangrène des extrémités, lésions purpuriques ou livedo réticulé). (INSPQ 27 JANVIER 2021)

6- Facteurs de risque pour le développement d'une forme sévère :

Toute personne non immune est à risque de contracter la COVID-19 si elle est exposée au virus. Certaines personnes sont toutefois plus susceptibles de développer une forme sévère de la maladie, d'être hospitalisées et de nécessiter des soins intensifs ou une ventilation mécanique. Les Centers for Disease Control and Prévention (CDC) estiment que les adultes présentant les conditions suivantes **ont un risque accru** de maladie sévère :

- Cancer.
- Maladie rénale chronique.
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).
- Syndrome de Down.
- Maladies cardiaques (ex. : insuffisance cardiaque, maladie coronarienne ou cardiomyopathies).
- État immunodéprimé (système immunitaire affaibli) suite à une greffe d'organe solide.
- Obésité (Indice de masse corporelle (IMC) de 30 kg/m² ou plus).
- Grossesse.
- Drépanocytose.
- Tabagisme.
- Diabète de type 2.

Malgré des données limitées, les CDC estiment que les adultes présentant les conditions suivantes pourraient présenter un risque accru de développement d'une forme sévère de la maladie :

- Asthme (modéré à sévère).
- Maladie cérébrovasculaire.
- Fibrose kystique.
- Hypertension artérielle.
- État immunodéprimé (système immunitaire affaibli) dû à une greffe de sang ou de moelle osseuse, à des déficiences immunitaires, au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), à l'utilisation de corticostéroïdes ou à l'utilisation d'autres médicaments affaiblissant le système immunitaire.
- Troubles neurologiques (ex. : démence).
- Atteinte rénale.
- Surpoids (IMC > 25 kg/m², mais < 30 kg/m²).
- Fibrose pulmonaire.
- Thalassémie.
- Diabète de type 1.

Les enfants présentant des conditions médicales sous-jacentes sont plus à risque de développer une maladie sévère que les enfants en bonne santé. Malgré des preuves scientifiques limitées, les CDC estiment que les enfants atteints des affections suivantes ont possiblement un risque accru de maladie grave :

- Obésité.
- Troubles génétiques graves.
- Troubles neurologiques graves.
- Troubles métaboliques héréditaires.
- Drépanocytose.
- Cardiopathie congénitale.
- Diabète.
- Maladie rénale chronique.
- Asthme et autres maladies pulmonaires chroniques.
- Immunosuppression due à une tumeur maligne ou à des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire.

Le risque de maladie grave avec le COVID-19 augmente avec l'âge, les personnes âgées de 70 ans et plus étant les plus à risque. **(INSPQ 27 JANVIER 2021).**

7- Complications associées à la COVID-19 :

Il a été établi que l'infection au SRAS-CoV-2 peut causer diverses complications graves persistantes ou survenant au-delà de six semaines.

7.1-COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

- Insuffisance cardiaque.
- Évènements thrombotiques.
- Syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (MIS-C).

7.2-COMPLICATIONS PULMONAIRES

- Syndrome respiratoire aigu sévère.
- Syndrome restrictif résiduel.
- Fibrose pulmonaire interstitielle.
- Persistance de la difficulté respiratoire due à des dommages alvéolaires.

7.3-COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES

- Atteinte cognitive due à une hypercytokinémie.
- Accident vasculaire cérébral (AVC).
- Dysfonctionnement olfactif (anosmie) et gustatif (agueusie ou dysgeusie).

7.4-AUTRES COMPLICATIONS POSSIBLES

- Septicémie avec ou choc septique.
- Défaillance multisystémique.
- Atteintes rénales (ex. : insuffisance rénale aiguë).
- Atteintes hépatiques.
- Diminution de la concentration et de la mobilité des spermatozoïdes.
- Autres séquelles en lien avec les soins intensifs administrés. (**INSPQ 27 JANVIER 2021**).

8- diagnostic :

Le diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2 est un enjeu de santé publique.

Le test diagnostique du coronavirus est soumis à prescription médicale. Réalisé dans un hôpital ou un laboratoire de ville, il consiste en un **prélèvement nasopharyngé** dans la partie haute du nez à l'aide d'un long coton-tige. La mise en place du test permet de savoir si la substance prélevée est chargée en virus ou non. Le patient reçoit les résultats sous 24 à 48 heures. En cas de test positif, le patient reste à son domicile et appelle le 15 s'il éprouve des difficultés respiratoires. (**doctissimo.fr**)

9- Mesures préventives strictes pour limiter la circulation du virus :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini douze mesures de prévention personnelle basiques contre le COVID-19.

Voici ces douze mesures :

- Se laver régulièrement les mains avec un produit nettoyant à base d'alcool ou les laver à l'eau et au savon. Le fait de se toucher le visage après avoir touché des surfaces contaminées ou des personnes malades est l'un des modes de transmission du virus. En se lavant les mains, on peut réduire le risque.
- Nettoyer régulièrement les surfaces avec un désinfectant, par exemple le plan de travail de la cuisine et du bureau.
- Se renseigner sur le COVID-19, mais s'assurer que les informations proviennent de sources fiables telles que les agences de santé publique locales ou nationales, le site web de l'OMS ou les professionnels de santé locaux. Les symptômes, pour la plupart des gens, commencent par une fièvre et une toux sèche au lieu d'un écoulement nasal. La plupart des gens atteints souffrent d'une maladie bénigne et se rétablissent sans nécessiter de soins particuliers.
- Evitez de voyager lorsque vous avez de la fièvre ou de la toux. Si vous tombez malade pendant un vol, informez immédiatement l'équipage. Une fois à la maison, contactez un professionnel de la santé.

- Toussez ou éternuez dans votre manche ou utilisez un mouchoir en papier qui doit être jeté immédiatement dans une poubelle fermée, puis nettoyez-vous les mains.
- Pour les personnes de plus de 60 ans ou souffrant d'une pathologie sous-jacente comme une maladie cardiovasculaire, une affection respiratoire ou le diabète, le risque de développer une maladie grave pourrait être plus élevé. Prenez donc des précautions supplémentaires pour éviter les zones encombrées ou les endroits où il y a une possibilité d'interaction avec des personnes malades.
- Toute personne qui ne se sent pas bien doit rester chez elle et appeler des médecins ou des professionnels de santé locaux qui lui demanderont quels sont ses symptômes, où elle a été et avec qui elle a été en contact. Cela permettra de s'assurer que l'on reçoive les bons conseils, que l'on soit dirigé vers le bon établissement de santé et que l'on évite d'infecter d'autres personnes.
- Rester à la maison lorsqu'on est malade, manger et dormir séparément des membres de la famille, utiliser des ustensiles et des couverts différents pour manger.
- En cas d'essoufflement, appeler un médecin et se faire soigner immédiatement.
- Il est normal et compréhensible de se sentir anxieux, surtout lorsqu'on vit dans un pays ou une communauté qui a été touchée. Renseignez-vous sur ce qui peut être fait au sein de la communauté. Discutez de la manière d'assurer la sécurité sur le lieu de travail, à l'école ou dans le lieu de culte.
- La distanciation physique (également appelée « sociale », de manière peu appropriée) permet d'éviter que la maladie se transmette, sans imposer une séparation stricte entre personnes jusqu'à 2 mètres au maximum depuis la personne qui les a émises.
- Port du masque obligatoire. (french.xinhuanet.com)

10- Le traitement :

A ce jour, il n'existe aucun traitement spécifique contre le CoVid-19. Le traitement des cas n'est que symptomatique (traitement de la fièvre, des congestions ou des douleurs éventuelles). Le gouvernement explique que *“plusieurs traitements sont en cours d'évaluation en France, en lien avec l'OMS [Organisation mondiale de la santé, NDLR] pour être utilisés*

contre le Coronavirus CoVid-19". Des dizaines de molécules antivirales déjà existantes, telles que la **chloroquine_contre_le_paludisme**, le lopinavir et le ritonavir contre le VIH et la ribavirine contre l'hépatite C, sont à l'essai. Selon une étude, le lopinavir et l'arbidol, utilisé en Russie et en Chine contre la grippe, semblent montrer des résultats particulièrement satisfaisants.

Plusieurs équipes de chercheurs à travers le monde se penchent actuellement sur l'élaboration d'un vaccin. En France, c'est l'Institut Pasteur qui travaille dessus. Mais tous ces essais cliniques prennent beaucoup de temps. (**doctissimo.fr**).

Synthèse

La pandémie de Covid-19 présente des caractéristiques cliniques et de contagiosité qui ont conduit à des mesures sanitaires exceptionnelles. Elle a provoqué un nombre important de cas avérés, mettant les soignants et le système de soins sous tension. Différents facteurs consécutifs de cette situation ont induit un impact psychique conséquent chez ces personnels, retrouvé de façon robuste dans la littérature scientifique internationale, notamment l'anxiété, le trouble de stress psychotraumatique et la dépression.

CHAPITRE III

La Chirurgie ORL

La Chirurgie Orl :

1. Définition de la chirurgie orl :

1.1. La chirurgie :

La chirurgie est une discipline médicale spécialisée dans le traitement des maladies et des traumatismes qui consiste à pratiquer manuellement et à l'aide d'instruments, des actes opératoires sur un corps vivant.

La chirurgie est une intervention importante de la santé mondiale. Pour parvenir à ce but, il est essentiel d'améliorer les moyens chirurgicaux locaux dans les pays à revenu faible et moyen. Il est tout à fait possible d'atteindre ce but, même si ce ne sera pas facile, en particulier si nous unissons nos forces aux prestataires et aux responsables politiques qui déterminent les orientations de la santé publique.

Le rôle des soins chirurgicaux dépasse le traitement des blessures. La chirurgie est l'un des éléments essentiels des soins de santé primaires, avec la prise en charge des luxations traumatiques.

1.2. Orl :

L'otorhinolaryngologie est une discipline médico-chirurgicale qui s'est érigée en spécialité autonome il y a moins d'un siècle

Il est captivant d'étudier son histoire car elle est jalonnée par les progrès techniques et les fléaux qui ont touché l'humanité depuis sa création.

L'étymologie même de son nom nous rappelle ses origines grecques : l'oto (oûs ou ôtos («oreille »))-rhino (rhos, rhinos (« nez »))-laryngologie (larynx), et la lecture du corpus hippocratique en est le témoin. (**Jouanna 2003**).

2. Le rôle du chirurgien orl :

Le chirurgien est un super mécanicien qui connaît l'anatomie du corps humain sur le bout des doigts. De plus, il fait preuve d'une grande maîtrise émotionnelle. Tel un pilote d'avion, il peut compter sur une résistance physique et nerveuse hors du commun, une parfaite santé et une bonne vue.

Un chirurgien n'opère pas systématiquement le patient qui consulte, il fait un diagnostic et ne pose une indication opératoire que si elle est nécessaire, en jugeant au préalable de la faisabilité de l'acte chirurgical et du rapport entre le bénéfice apporté au patient et le risque opératoire que cela induit.

Le chirurgien s'appuie sur toute une équipe, à la fois médicale notamment celle des médecins anesthésistes, et paramédicale, ou chacun a un rôle important à jouer dans la réussite de l'intervention.

Une fois l'intervention réalisée, le chirurgien accompagne le patient tout au long des suites opératoires, et si parfois elles ne sont pas favorables il doit savoir utiliser tous les moyens possibles pour les gérer au mieux.

L'oto-rhino-laryngologiste réalise de nombreuses interventions au niveau de l'oreille, du nez, des sinus, du pharynx, du larynx, de la cavité buccale, du cou, de la thyroïde et des glandes salivaires, des bronches, de l'œsophage aussi bien que la chirurgie esthétique de la tête et du cou.

Entraîné pour la chirurgie de l'oreille, il peut rétablir l'audition par la microchirurgie : soit une stapéctomie (sur le plus petit os de l'oreille moyenne) soit par d'autres opérations correctrices de la surdité. Ce spécialiste pratique aussi d'autres techniques chirurgicales pour guérir ou traiter les maladies, les infections ou les malformations congénitales.

Cette formation poussée en chirurgie cervico-faciale lui permet de pratiquer la chirurgie esthétique. Cette technique de reconstruction s'applique au nez, aux oreilles, à la mâchoire, au visage, pour améliorer ou restaurer la fonction et aussi l'apparence : greffes, lambeaux et

certains matériaux synthétiques sont utilisés pour résoudre des problèmes qui ne pourraient être solutionnés par les techniques chirurgicales courantes. Certaines techniques sont aussi utilisées pour la chirurgie esthétique, comme la chirurgie des paupières et du visage, l'amélioration de la forme et de la grandeur du nez, des oreilles, l'augmentation du menton, l'élimination des rides, le camouflage des cicatrices et la transplantation des cheveux.

L'entraînement doit permettre à l'oto-rhino-laryngologiste de planifier et de pratiquer la chirurgie et le traitement des tumeurs bénignes, ainsi que les cancers de la tête et du cou par les techniques de reconstruction nécessaires pour rétablir la forme et la fonction chez ces patients.

Le soin des patients allergiques au niveau du système respiratoire supérieur est aussi reconnu comme un aspect important de l'oto-rhino-laryngologie. Utilisant les techniques modernes comme les tests immunologiques, plusieurs oto-rhino-laryngologistes ont la compétence pour soulager les symptômes chroniques de l'allergie.

Tous les oto-rhino-laryngologistes pratiquent régulièrement adénoïdectomies amygdalectomies, arrêts du saignement nasal, chirurgies de la mastoïde ou des sinus. La plupart possèdent maintenant des équipements sophistiqués pour parfaire les tests d'audition et diagnostiquer les causes de surdité. Plusieurs traitent les problèmes du langage et de la communication, d'autres ont un intérêt plus marqué en neurootologie et les problèmes d'équilibre et de vertiges. Le champ d'activité d'un individu varie selon les qualifications, les tendances, les goûts et les besoins locaux. Le défi et l'étendue de la spécialité fournissent tous les choix pour le meilleur soin au malade. **(Jouanna 2003).**

3. Examen clinique ORL :

3.1. L'interrogatoire

Même si l'interrogatoire n'est pas un aspect ayant contribué à la postérité du corpus hippocratique, on retrouve dans Pronostic quelques phrases nous indiquant que l'interrogatoire du malade avait son importance. Il venait compléter l'information recueillie par l'inspection et la palpation pour déterminer l'exacte valeur des signes cliniques :

Il faut observer de la façon suivante dans les maladies aiguës : d'abord le visage du malade pour savoir s'il est semblable à celui des gens en bonne santé et surtout s'il est semblable à lui-même ce sera l'état le plus favorable, alors que l'état le plus opposé au semblable est le plus redoutable (...). Si donc c'est au début de la maladie que le visage présente un tel aspect et qu'il n'est pas encore possible de faire des conclusions en s'appuyant sur les autres signes, il faut de surcroît interroger (...) **Pronostic, II, 1-3 (Jouanna, 2003, pp.4-5)**(...) mais il faut demander de surcroît s'ils souffrent de maux de tête ou de troubles de la vue ; car si l'un de ces signes existe, c'est à cet endroit-là que la maladie se portera. **Pronostic, VII, 6 (Jouanna, 2003, p19)** Pour savoir si l'empyème n'existe que d'un seul côté, il faut s'informer sur les points suivants : (savoir) si le malade éprouve quelques douleurs dans un côté et si un côté est plus chaud que l'autre (dans ce cas), le malade étant couché sur le côté sain, lui demander s'il a l'impression d'un poids venant du côté situé en haut (...). **Pronostic, XVI, 3 (Jouanna, 2003, p46)**

3.2.L'examen physique

Observation

Fine et rigoureuse, riche en sémiologie, elle est détaillée dans le traité intitulé Pronostic. Le médecin s'attache à tous les éléments utiles à son diagnostic, à l'attitude générale du patient et aux moindres détails. Certains passages ne mentionnent aucun détail, non pas qu'ils n'étaient pas recherchés mais l'auteur n'a vraisemblablement pas jugé utile de les mentionner. Parmi les descriptions de syndromes, nous citerons la description du « faciès hippocratique », c'est par l'unique observation des éléments constituant le visage que le médecin hippocratique prédit un état agonique.

Il faut observer de la façon suivante dans les maladies aiguës : d'abord le visage du malade pour savoir s'il est semblable à celui des gens en bonne santé, et surtout s'il est semblable à lui-même. Ce sera l'état le plus favorable, alors que l'état le plus opposé au semblable est le plus redoutable. Voici quel sera cet état : nez effilé, yeux enfoncés, tempes affaissées, oreilles froides et contractées, lobes des oreilles écartés, peau du front sèche, tendue et aride, teint de l'ensemble du visage jaune ou même noir, livide ou plombé. Si donc c'est au début de la

maladie que le visage présente un tel aspect et qu'il n'est pas encore possible de faire des conclusions en s'appuyant sur les autres signes, il faut de surcroît interroger pour savoir si par hasard l'individu a souffert d'insomnie, ou s'il a une forte diarrhée, ou s'il est affamé (...). **Pronostic, II, 1-3 (Jouanna, 2013, pp.4-6)**

La médecine hippocratique est une médecine sensorielle. L'observation est complétée par l'utilisation de quatre autres sens : le toucher, l'ouïe, l'odorat, le goût :

Il faut étudier d'abord soit les ressemblances, soit les dissemblances, en procédant par les plus importantes, les plus faciles, celles qui s'apprécient par tous les moyens possibles ; ce qu'on peut voir, toucher et entendre ; ce qu'on peut reconnaître par les sens de la vue, du toucher, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, avec l'intervention de l'intelligence ; en un mot, ce qu'on peut connaître par tous nos moyens de connaissances. **De l'officine, I (Petrequin, 1878, pp.6-7).**

L'examen clinique ORL nécessite de nos jours des outils qui nous permettent une visualisation interne de l'anatomie. Or il ne semble pas que pour le médecin hippocratique ait poussé son observation, en effet, il est dit que :

(...) Pour les maladies les plus cachées et les plus difficiles, c'est par le jugement plus que par le savoir-faire que l'on tranche. Or c'est dans ces maladies que l'écart se révèle le plus grand entre la compétence et l'incompétence. **Des vents, I, 3 (Jouanna, 2003, p103).**

4. Les conditions du travail d'un chirurgien orl

- Chaque jour de 08 heures à 16 heures.
- Une journée par semaine est consacrée à la consultation.
- Encadrement des internes et résidents.
- Une garde aux urgences de chirurgie par semaine.
- Les interventions chirurgicales se déroulent au bloc opératoire.

Synthèse

La chirurgie est une partie de l'art médical qui consiste à faire avec la main ou à l'aide d'instruments certaines opérations sur le corps.

L'ORL est une spécialité riche qui représente aujourd'hui près du tiers des diagnostics posés par les médecins généralistes lors des consultations en cabinet. Discipline à la fois médicale et chirurgicale, elle intègre de nombreuses pathologies, de la plus simple à la plus complexe, telles que les maladies neurosensorielles, du système respiratoire, et la cancérologie. Le versant chirurgical de l'ORL fait appel à des techniques en constante évolution comme, entre autres, la chirurgie sous microscope opératoire pour la chirurgie de l'oreille, la vidéochirurgie endoscopique pour la chirurgie des cavités nasosinusiennes, ou la chirurgie endoscopique et robotique en cancérologie.

On a terminé avec le deuxième chapitre qui a abordé la chirurgie orl, Maintenant nous allons présenter la problématique et les hypothèses puis notre partie pratique qui s'intitule sur la méthodologie de la recherche, présenter nos cas et discuter nos hypothèses.

Partie pratique

CHAPITRE IV

Méthodologie de la Recherche

1. Préambule

La méthodologie est une partie importante dans une recherche scientifique. C'est la manière de faire une chose en suivant certains principes, certaines règles, et selon un certain ordre pour arriver à un but.

Après la présentation des trois parties théoriques qui parlent sur la détresse psychologique chez les soignants « ORL » pendant la COVID-19, nous allons passer vers la partie pratique.

2. La méthode d'étude

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à l'état psychologique des soignants.

La méthode clinique est une observation approfondie d'un individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premières psychopathologues comme Freud et Janet. Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui et le mécanisme de défense).

Comme il permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes entretien, teste projectifs, échelle clinique afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui –même son histoire et à son contexte de vie. **(CH, Bénony(h), 2003, p 125).**

Selon Lagache, 1949 la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens , la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » **(Bénony.H et Chahraoui.KH, 2003, P11).**

C'est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » **(Huber, 1993).**

La méthode de recherche utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluations, pour développer l'étude de cas ; elle permet l'observation profonde, et contenue des cas, connaîtront, que cette dernière se centre surtout sur la dynamique de la motivation de la personnalité et la compréhension des conflits psychologique chez l'individu à partir de son histoire passée.

Il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. Et on arrive à ce qu'a appelé « étude de cas ». **(Khadija CHAHAOUI et Hervé Bénony, 2003, P11-12).**

3. Etudes de cas

Dans notre recherche on a adopté l'étude de cas qui fait partie des méthodes cliniques.

C'est une démarche exploratoire où on décrit en détail une personne ou un petit groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de test psychologique. Les études de cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide du portrait détaillé d'un individu, ce qui ne permettent pas les généralisations ou les statistiques.

Elles présentent également une grande utilité pour chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée. **(Tavris. C et Wade. C, 1999, p 39).**

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur la détresse psychologique des soignants pendant la COVID-19, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

4. La présentation du lieu de recherche

Notre stage normalement doit être réalisé sein de CHU de Bejaia nommé Hôpital« Frantz fanon » il se situe à la ville de Bejaia exact à Bordj moussa, La date d'ouverture de l'hôpital remonte à 1896.

5. Le déroulement de la recherche

Notre pré-enquête et enquête auraient dû se dérouler au CHU de Bejaia dans le service ORL.

5.1.Pré-enquête

La pré-enquête c'est une étape très importante dans élaboration de toute recherche scientifique c'est la première confrontation du terrain.

D'après Madeleine Grawitz la pré-enquête « constitue a essayé sur un échantillon réduit les instruments (entretien, questionnaire, analyse de contenu) prévus pour effectuer l'enquête, si l'on a des autres sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de t'elle technique, on peut

explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs » **GRAWITZ Madeleine, méthode des sciences sociales, édition, Dalloz, paris, 2001, p550.**

Elle est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'étude à travers la collecte des informations et des données sur le sujet d'étude et sur une population déterminée.

La pré enquête nous a permis de collecter des informations d'une manière générale sur le thème de recherche, et notre pré enquête aurait dû se dérouler à l'hôpital Franz fanon à Bejaïa au niveau du service ORL.

5.2.L'enquête :

L'univers de l'enquête fait référence à la population visée en regard des objectifs de l'étude. C'est dans cet univers que sera découpé l'échantillon. Forme de connaissance de l'objet, âge, sexe ... sont autant de critères qui peuvent être retenus. Il est donc indispensable d'introduire des questions d'identification : elles peuvent être directement en lien avec les critères d'inclusion des enquêtés ou insérées pour caractériser la population. Elles permettent ensuite d'opérer des tris croisés (exemple : croiser le sexe et l'âge) et montrer le lien avec les réponses attitudinales par exemple.

Mais à cause de la pandémie covid-19 qui est une maladie infectieuse due à corona virus du simple rhume au syndrome respiratoire aigu sévère ; et le blocage des stages de la part des psychologues cliniciens au niveau des hôpitaux. On n'a pas pu faire notre côté pratique comme il le faut (ni stage ni enquête) ; mais on a développé des recherches qui on était déjà faite.

6. Les outils de recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil, dont la fonction essentielle, et de garantir une collecte d'observation et de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (Aktouf. O, 1987, P81).

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique de type semi-directif, et l'échelle de dépression de BECK et l'échelle d'anxiété perçu d'HAMILTON

6.1.L'entretien clinique :

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » Pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. **(Bénony & Chahraoui, 1999, p.11).**

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, biographie, événements vécus, représentations,

Croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

- Un champ de pratique et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des pions.
- Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et a une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. **(Chahraoui. K et Benony. H, 2003, p 141).**

La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles techniques (non directivité, semi-directivité) et sur une certaine attitude (attitude clinique) adopté par le psychologue clinicien : on peut dire que les aspects techniques (non directivité ou semi-directivité) et latitude clinique du clinicien, et cela quelles que soient la modalité et les conditions de l'entretien. **(Hervé. B, Khadija. Ch, 20130.p11-12).**

6.2.L'entretien semi-directif :

Vue la qualité des informations recherchés nous avons opté pour l'entretien semi directif ; guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formuler d'avance, dans ce type d'entretien le clinicien pose la question puis laisse parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présenter dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tous de même une attitude non

directive, il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui. Kh, 1996, p16).

Il se définit comme une technique directe d'investigation scientifique utilisé au près des individus pris d'isolement, mais aussi, dans certains cas, auprès des groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations. (M. Anger, 1994, p144).

La semi directivité de l'entretien implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs question préparées à l'avance mais non formuler d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (H. Bnony, K. Chahraoui, 2003, p143).

6.3.Le guide d'entretien:

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lire les différents thèmes et sous-thème a abordé lors de l'échange, à partir de ces thème, il va préparer une liste de questions semi ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet).

Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la Communication. (KH.Chahraoui, H.Benony, 1999, P.16).

Donc le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelque questions à l'avance, toute fois celle-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisées ; il s'agit davantage de thème aborder de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

Pour ce faire nous avons construire un guide d'entretien qui comporte deux axes, et chaque axe comporte un ensemble de questions qui répond à nos hypothèses :

- Le premier axe : la détresse psychologique des soignants.

- Le deuxième axe : La COVID-19. Notre deuxième outil dans cette recherche est l'échelle de dépression Beck et l'échelle d'anxiété perçue de Hamilton.

6.4. L'échelle de Beck :

a) L'inventaire de dépression de Beck : (Beck Depression Inventory ou B.D.I. 1961, 1974) : sa version originale, américaine, comprend 21 items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme. Il existe une version française de cet instrument (Pichot) de 23 items et une version abrégée de 13 items. **(Pichot, cité par Boyer, Guelfi, J.D et Pull, C.B, 1983, P25).**

b) Historique : Durant trente-cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le sujet de la population normale.

La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes en additionnant les évaluations de chacun des items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia Center for Cognitive Therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées (Beck et al, 1979). Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (Le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux États-Unis en 1979. Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version du BDI de 1961, Steer & Beck en 1985. En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux États-Unis, l'édition du manuel de 1993 inclut de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs. **(Aaron, T, Beck et al, 1998, P1-2-3).**

c) Création des items du BDI « Beck Depression Inventory » : Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-II en 1994. Des items évaluant des critères de dépression du DSM-IV. Ont été créés : Agitation, Difficulté à se concentrer et perte d'énergie. Ces items ont été composés de 27 items ; des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients psychiatriques externes présentant divers troubles psychiatriques. Des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. **(Aaron, T, Robert, A, Steer, Gregory, K, Brown, 1996, P4).**

d) L'utilisation clinique : Le BDI-II permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI-II a été élaboré comme un indicateur de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du BDI-IV et non comme mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie. Bien que le BDI-II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique doivent l'interpréter. (**Ibid.P6**).

e) La consigne : il y a plusieurs modèles de consigne que le psychologue peut utiliser, mais la consigne que nous avons utilisé dans l'échelle est : « Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senties au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi.

Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous avez ressenti, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe N°16(modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit) ».

f) Les notes seuils au BDI-II :

NOTES TOTALE	NIVEAU
0-11	Minimum
12-19	Léger
20-27	Modérés
28-63	sévère

Tableaux 01:Niveau de dépression (Beck.A et Steer.A et al 1998, P9).

6.5. Echelle de l'anxiété d'Hamilton

a) Historique et application

Hamilton Anxiété Manuel Appréciation (Hama) a été présentée par Hamilton en (1959) et c'est l'échelle anxiété la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez des patients ayant un diagnostic anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété. Elle a été traduite en français par p. Picot en (1969)

b) Mode de passation

Le test anxiété d'Hamilton se déroule nécessairement par étape. L'évaluation commence une semaine après qu'un entretien ait lieu, celui-ci peut être conduit par un psychologue, un médecin, un neurologue, un neuropsychologue, ou encore par un neuropsychiatre. Il comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence de :

- **humeur anxieuse** : Inquiétude, attente du pire, Appréhension (anticipation avec peur), Irritabilité

- **Tension** : Impossibilité de se détendre, Réaction de sursaut, Fatigabilité, pleurs faciles, tremblements,
Sensation d'être incapable de rester en place.

- **peurs** :

Du noir, Des gens, D'être abandonnés, Des animaux, Des grands espaces, Des transports, De la foule, Des avions. De mourir brutalement

- **Insomnie** :

Difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, Rêves pénibles, cauchemars, Angoisses ou malaises nocturnes.

- **Fonctions intellectuelles (cognitives)** :

Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, Cherche ses mots, Fait des erreurs.

- **Humeur dépressive** :

Perte des intérêts, Ne prend plus plaisir à ses passe-temps, tristesse, Insomnie du matin.

- **Symptômes somatiques généraux (de nature musculaire)** :

Douleurs et courbatures dans les muscles, Raideurs musculaires, Sursauts musculaires, contractions de la mâchoire, Grincements des dents, Voix mal assurée.

- **Symptômes somatiques généraux (de nature sensorielle)** :

Sifflements d'oreilles, Vision brouillée, Bouffées de chaleur ou de froid, Sensations de faiblesse, Sensations de picotements, de fourmis

- Symptômes Cardiovasculaires :

Tachycardie, Palpitations, Douleurs dans la poitrine, Battements des vaisseaux Sensations syncopales-Extrasystoles.

- Symptômes respiratoires :

Oppression, Douleurs dans la poitrine, Sensation de blocage, d'étouffement, Soupirs, Respiration rapide au repos.

- Symptômes gastro-intestinaux :

Difficultés pour avaler, Vents-Dyspepsie : douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, nausées, vomissements, creux l'estomac, «Coliques » abdominales Borborygmes, diarrhée, Constipation.

- Symptômes génito-urinaires :

Règles douloureuses ou anormales, Troublés sexuelles (impuissance, frigidité), Mictions fréquentes, urgentes, où douloureuses

- Symptômes du système nerveux autonome :

Bouche sèche, Accès de rougeur, pâleur, Vertiges, Maux de tête.

- Comportement lors de l'entretien :

Général : Mal à l'aise, Agitation, nerfs, Tremblement des mains, front plissé, faciès tendu, augmentation du tonus musculaire, Pâleur faciale physiologique : Avale sa salive, Éructations, palpitations au repos, Accélération respiratoire, réflexe tendineux vifs, Dilatations pupillaire, Battements des paupières (Cottraux.J et Bouvard, 1996.p.88).

c) L'analyse l'échelle d'anxiété de Hamilton :**• Cotation :**

Au cours de l'échelle d'anxiété de Hamilton, le praticien évalue chaque item et attribue à chaque fois une note comprise entre 0et 4.

- la note 0 est donnée lorsque le symptôme est absent.
- la note 1 correspond à une présence très légère.
- la note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.
- la note 3 correspond à une forte présence du symptôme.
- la note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide –le patient.

- **Remarque :**

Chacun de quatorze item du test d'anxiété de Hamilton doit être noté, afin d'obtenir une évaluation précise.

- **L'interprétation de l'échelle d'anxiété de Hamilton :,**

Au final le praticien évalue le degré d'anxiété du patient en faisant la somme des notes attribuées à chacun des items. Il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items de 1 2 3 4 5 6 14), et une note d'anxiété somatique (les item de 7 à 13=.

- **norme :**

< 17 =anxiété légère.

De 18 à24 =anxiété légère à modérée.

De 25 à30 =anxiété modérée à grave.

Et dans les cas où on a trouvé la somme totale des item dépasse 30 points, on était obligé de faire recours aux normes par bec et coll., dans le livre de j.cottraux et m.bouvard, qui donne l'interprétation la suivant : 30= anxiété majeure. (**j.cottraux et m.bouvard, 1996, p99**).

Les difficultés rencontrées durant la recherche :

Suite à la crise sanitaire qui a frappé notre planète dernièrement, qui a duré plus d'une année, on n'a pas pu faire notre stage pratique au sein de l'hôpital Franz Fanon service ORL. En effet, les psychologues adhérer aux syndicats se sont révoltés afin de revendiquer leurs droits absolu avec le département de psychologie.

De plus, on manque beaucoup de sources d'informations et d'études antérieures, comme c'est un thème d'actualité qu'on avait choisi.

CHAPITRE V

*Analyse des articles sur la santé mentale des
soignants selon certains chercheurs*

Préambule :

Dans ce chapitre nous allons présenter les différents résultats des recherches qui ont été mené sur notre sujet d'études par des chercheurs en essayant de répondre à nos questions et à savoir l'état de la santé mentale des soignants ORL pendant la COVID-19.

1- Analyse de l'article original « anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun »

Cette étude a été faite le 08/11/2020 par Célestin Pierre Mboua (PhD) (Maître de Conférences, Enseignant associé à l'Université Catholique d'Afrique Centrale, Représentant au Cameroun de l'IPM, Directeur de Recherche au FOCAP) François Roger Nguépy Keubo (MSc (PhD candidate)) (Infirmier, Praticien EMDR (niveau 1) Cameroun) Sylvain Gautier Ngueteu Fouaka (PhD) (Candidate).

L'objectif de cette étude c'est d'évaluer l'importance des symptomatologies anxieuse et dépressive chez les personnels de la santé due à la COVID-19, dans le contexte du Cameroun.

Les chercheurs ont utilisé comme méthode ; la méthode quantitative analytique et transversale. Les participants sont des professionnels de la santé en service dans les structures sanitaires et les organisations de la société civile dans les dix Régions du Cameroun. Ils ont utilisé un questionnaire comme outil ; qui ont été priés de partager le questionnaire à leurs collègues et à leurs groupes professionnels, via l'application WhatsApp. On respectant l'anonymat et la confidentialité des réponses.

L'échelle utilisé « HADS » a été l'outil diagnostique de référence et elle a été construite par Zigmond et Snaith pour dépister la double symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients présentant des troubles organiques en institution hospitalière non psychiatrique. Elle comporte 14 items ; Elle se présente sous forme d'auto-questionnaire de temps d'administration rapide, entre 2 et 5 minutes. Elle peut être administrée au cours d'entrevues de face-à-face, ou à distance (par téléphone, Internet, etc.)

Les résultats montrent que l'étude a été portée sur un échantillon de 332 personnels soignants, dont 156 hommes représentant 47 % de l'échantillon et 176 femmes représentant 53 % Situation sociodémographique de l'échantillon ; Les scores significatifs à la HADS, concernant Symptomatologies anxieuses et dépressive la distribution indique des scores

importants pour l'anxiété (41,8 %) et la dépression (42,8 %). La comorbidité anxiété et dépression est estimée à 14,73 %. Lorsqu'on considère le degré de sévérité des symptomatologies anxieuse et dépressive, on observe une plus forte prévalence ce qui indique une menace importante à la santé mentale des personnels de santé, Le diagnostic du trouble dépressif majeur et du trouble de l'adaptation les résultats indiquent que parmi les sujets manifestant des symptômes dépressifs, 8,2 %, présentent un trouble dépressif majeur et 3,3 % un trouble de l'adaptation .

On analysant ces données on voit que les résultats montrent un taux important d'anxiété (41,8 %) et de dépression (42,8 %). On observe une plus forte susceptibilité à la dépression chez les sujets jeunes La peur de la contamination et la peur de la mort est des facteurs modulateurs de la dépression et de l'anxiété. La comorbidité anxiété-dépression dans l'échantillon est de 14,73 %. Les taux de prévalence du trouble dépressif majeur et du trouble de l'adaptation dans l'échantillon sont respectivement de 8,2 % et 3,3 %. Les données présentées confirment les tendances enregistrées dans la littérature, concernant l'impact des épidémies mortelles sur la santé mentale des travailleurs de santé.

On peut conclure cette étude, on disant que les personnels de santé engagés dans la riposte contre la COVID-19 au Cameroun sont affectés de manière significative dans leur santé mentale. Ce qui souligne la nécessité d'une aide psychologique spécialisée pour le personnel soignant.

2- Analyse de l'article "COV IMPACT : analyse des différents facteurs de stress du personnel hospitalier dans deux centres hospitaliers en France lors de la pandémie COVID-19".

L'étude a été faite par un groupe de chercheurs qui sont : f.Georger ;E.Dos Santos ;L.Gazagne ;P.Berdagué, A.Saib ;S.Nahon ,J.piquet.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'épidémie sur le personnel en terme de stress ,et d'identifier des pistes d'amélioration pour le système hospitaliers ;la population d'étude c'est l'ensemble des deux hôpitaux équivalent de 1966 personnes ;950pour le premier centre et 316 pour le deuxième ;ils ont opté pour la méthode quantitative en utilisant un questionnaire comme outils .ce dernier il contient 5 thématique suivantes :(fatigue physique

,épuisement morale ,crainte de l'infection ;management pendant le plan blanc et l'appréhension liée à l'avenir) . Ayant la relation avec notre problématique.

L'étude a été réalisée avec un auto-questionnaire anonyme accessible avec un smartphone par un QR code ou sur ordinateur par lien.

Pour les résultats les chercheurs ont obtenus 72%de la population étudier qui souffre de fatigue morale et pour l'épuisement moral ils ont trouvé 36% ; parlant de la thématique de management pendant le plan blanc le pourcentage est à 59%et en fin l'appréhension a l'avenir c'est 65%.

On analysant ces données on peut retenir que la fatigue morale a été rapporté supérieur (36%)qui veut dire le niveau de découragement été supérieur ; ensuite la crainte de l'infection le chiffre 72% montre fortement la crainte a été élevé ; passant au management pendant le plan blanc selon le chiffre le plan blanc est marqué comme perturbant en fin l'appréhension a l'avenir , vu que l'étude a été faite pendant la première vague de la COVI-19 le chiffre(65 %)montre fortement la crainte de deuxième vague épidémique.

Pour conclure cette étude a pris tous les côtés en considération afin d'évaluer le stress des personnels hospitaliers ; et d'un autre côté pour trouver des solutions et prise en charge pour but d'encourager le personnel à effectuer leur taches convenablement.

3- Analyse du livre COVID-19 et détresse psychologique : 2020 l'odyssée du confinement.

Auteur : le professeur **Nicolas Franck**, médecin psychiatre, est chef de pôle au centre hospitalier Le Vinatier et responsable d'enseignement à l'université Claude-Bernard à Lyon. Il publié deux livres chez Odile Jacob, la schizophrénie en 2006 et entraînez et préservez votre cerveau en 2013, ainsi que de nombreux articles et ouvrages scientifiques destinés aux professionnels de la santé mentale.

Pays : France.

Année de publication: 2020.

Pages : 221 pages.

Note de contenus :

Préambule

Introduction

Première partie - La santé mentale à l'épreuve du confinement

Chapitre 1. Les définitions du confinement

Chapitre 2. Conséquences du confinement : l'activation de l'axe du stress

Chapitre 3. Effets du stress sur la santé mentale

Chapitre 4. Effets de l'isolement sur le cerveau

Deuxième partie - Le confinement sous toutes ses formes

Chapitre 5. Confinement des astronautes

Chapitre 6. Confinement des prisonniers

Chapitre 7. Confinement des sous-mariniens et des plongeurs

Chapitre 8. Les navigateurs solitaires

Chapitre 9. Expériences extrêmes de spéléologie

Chapitre 10. Vivre dans un abri souterrain

Troisième partie - Épidémies et confinement de masse

Chapitre 11. Épidémies au cours de l'histoire

Chapitre 12. Réduire la contagion

Chapitre 13. Étapes du vécu face au confinement de masse

Chapitre 14. Impact psychologique du confinement dans les épidémies récentes

Chapitre 15. Vivre un confinement imposé

Chapitre 16. Effets à moyen et à long terme du confinement

Chapitre 17. De l'importance de communiquer en période de confinement

Quatrième partie - La pandémie de Covid-19

Chapitre 18. Les étapes de l'épidémie

Chapitre 19. Infection par le SRAS-CoV-2 : symptômes et données virologiques

Chapitre 20. La Covid-19 en Chine

Chapitre 21. Mesures préventives strictes pour limiter la circulation du virus

Cinquième partie - L'impact psychologique du confinement dû à la Covid-19 en France : une enquête française

Chapitre 22. Attendus de l'enquête

Chapitre 23. Description de l'échantillon ayant répondu à l'enquête

Chapitre 24. Impact sur le bien-être mental

Chapitre 25. Anxiété en période de confinement

Sixième partie - Faire face au confinement

Chapitre 26. Reprendre le contrôle pour faire face

Chapitre 27. Un monde aux règles sociales changées ?

Conclusion, Références, Remerciements.

L'objectif : c'est un ouvrage simple clair et efficace qui permet d'avoir une représentation assez complète de l'impact du confinement sur la santé mentale. Il permet de bien comprendre la nécessité pour la santé publique de développer et diffuser des outils efficaces de gestion du stress et de prévention en santé mentale pour minimiser l'impact d'éventuels confinements futurs et d'espérer de meilleures alternatives au confinement qui tiennent mieux compte des besoins humains .

Résumé :

Cet ouvrage nous conduit au cœur d'une vaste enquête sur le bien-être mental menée pendant le printemps 2020, auprès de 20 000 participants. Le professeur Nicolas Franck décrypte les conséquences sur la santé mentale de la crise sanitaire consécutive à la pandémie de coronavirus et les compare à d'autres situations d'isolement, telles que celles qui sont vécues par les

astronautes, les navigateurs solitaires ou les spéléologues. Des situations qui aident à comprendre comment le stress affecte notre corps et notre activité mentale. Ce livre clair et précis permet de dégager des recommandations pour affronter au mieux les situations futures de crise sanitaire.

Analyse de la partie ayant la relation avec notre thématique chapitre 25 « anxiété en période de confinement » :

L'auteur a utilisé une méthode quantitative d'un échantillon de 2000 personnes. L'étude a été réalisée sur deux périodes : la première du 23 au 25 mars et la seconde du 30 mars au 1er avril.

Cette étude a permis d'estimer la fréquence de la dépression dans la population française à l'aide de l'échelle de « HADS » en 14 items permettant le repérage d'une anxiété et dépression.

Le chercheur a obtenu comme résultats 13.5% de la population française sont habituellement concernés par la dépression ce taux a atteint 26.7% sur la première période de l'étude puis 21.5% sur la deuxième période.

Si on extrapole ce qui vient d'être présenté , étant donné la différence de périodicité des mesures entre les deux études, on peut retenir que les français se sont adaptés au nouveau contexte assez vite, tout en conservant un niveau d'anxiété plus élevé.

Ce livre est très intéressant. Il permet de confirmer les impressions ressenties avec les écrits d'un spécialiste.

Synthèse :

Pour conclure ; ce chapitre, nous a permis d'avoir des résultats de notre recherche Et nous a aidée à comprendre mieux notre thèse on peut dire que les soignants pendant la COVID-19 sont en détresse.

Conclusion

Conclusion :

Dans le cadre de cette recherche nous avons essayé d'aborder la question de la détresse psychologique chez les soignants pendant la COVID-19. toute en basant sur les informations retenues pendant la littérature.

D'abord ; l'objectif principal de cette étude qui est « la détresse psychologique chez les soignants ORL » était de terminer l'état de la santé mental des soignants lors de dangereux virus COVID-19.

Pour réaliser cette étude nous n'avons pas eu l'occasion d'accéder au terrain à cause de la crise sanitaire et les problèmes rencontré à l'université. et pour bien montré cette étude on a choisi d'analyser les articles et un livre ayant la relation avec notre thématique.

Ensuite après l'analyse des résultats des articles, nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses, la première « L'état de l'anxiété chez les soignants pendant la covid-19 est manifesté à divers degré » et la deuxième les soignants pendant la covid-19 présente une dépression sévère.

Pour terminer il faut reconnaître que le thème de recherche que nous avons traité dans ce mémoire est d'actualité , il s'agit d'un domaine très vaste et très sensible que on pourrais un jours le continuer en doctorat , et on doit signalé que ce modeste travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche , espérons qu'elle puisse ouvrir des perspectives a d'autres recherches sur l'entourage familiale des soignants pendant le confinement .

Nous espérons également que les chercheurs multiplieront leur effort sur la détresse psychologique et la santé mentale de ces derniers.



Liste Bibliographique

Liste bibliographique

1. Ouvrage :

- Aktouf. O. (1987). Méthodologie des sciences sociales et approche quantitative, une introduction à la démarche classique. Ed les presse de l'université de Québec, Canada.
- BECK, T., STEER, R.-A et Brown, G.-K. (1998). Inventaire de dépression de Beck (2eme éd). Paris, France : centre de psychologie appliqué.
- Benony, H. Et Chahraoui, K. (1999). L'entretien clinique. Paris, France, Dunod.
- Benony, H, Chahroui. Kh, (2003)., Méthode, évaluations et recherche en psychologie clinique, paris, Dunod.
- Bouvard, M & Couttraux, J. (2002). Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris : Masson.
- Cottraux J, (2001), « Les thérapies comportementales et cognitives », Paris, Masson.
- Famose, J-P. (1993). Anxiété et performance. Paris: INSEP.
- Grawitz. M, (2001) Méthode des sciences sociales, paris.
- Guy, B. (2005). Manuel de psychopathologie. Paris: Dunod.
- Kleftaras G, (2004), « Dépression approche cognitive et comportementale », Paris, L'Harmattan.
- Nicolas, F. (2020), « Covid-19 et détresse psychologique 2020, l'odyssée du confinement
- Palazzolo, J. (2007). Dépression et Anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. PARIS : Masson.
- Pedinielli, J. (1994). Introduction à la psychologie clinique (éd. 2eme). Paris : Masson.
- Pedinielli, J-L Et BERNOUSSI, A. (2005). Les états dépressifs, Paris : Armand Colin.
- Pierluigi, G. (2003). Anxiété et trouble anxieux. Tours : Nathan.
- Tarvis. C et Wade. C. (1999). Introduction à la psychologie, les grandes perspectives, Ed Wesley, Canada.
- Reynauld, M. (1996). Addiction et psychiatrie. Paris: Masson. Swearingen, P-L. (1999). Guide de poche des soins médicaux chirurgicaux. Paris : BERTI.
- Robert, L & Coll. (1999). Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale. Paris: Masson.
- Yves Morin, (2002) : « Petit Larousse de la Médecine », Paris.

- Marie.c 2010 détresse psychologique et les facteurs professionnels étude du milieu policier, Montréal.

2. Articles :

- Fiche épidémiologique et clinique de la COVID-19 (ISNPQ 27 JANVIER 2021).
- Plan de préparation et de riposte à la menace de l'infection coronavirus covid-19.
- Profil clinique, virologique et immunologique des patients hospitalisés pour COVID 19 dans la ville de Blida.
- Cov impact: analyse des différents facteurs de stress du personnel hospitalier en France lors de la pandémie COVID-19.
- Anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun.

3. Sites internet :

- <https://www.futura-sciences.com>
- <https://www.doctissimo.fr/sante/epidemie/coronavirus-chinois/symptomes-coronavirus-que-faire>
- http://french.xinhuanet.com/2020-03/14/c_138877021.htm
- <https://www.leparisien.fr/podcasts/code-source/d-ou-vient-reellement-le-covid-19-l-origine-du-virus-et-ses-mysteres-24-12-2020-8415996.php>



Annexe

Guide d'entretien

NOM :

PRENOM :

AGE :

EXPERIENCE :

SPECIALITE :

AXE 1 : Détresse psychologique

1-Avez –vous le sentiment de stress dans la vie ?

.....

2-Sentez-vous fatigués et triste ?

.....

3- Etes-vous optimistes ou pessimistes ?

.....

4-comment vous vous sentez pendant votre travail ?

.....

5- avez-vous une baisse de motivation pendant votre travail ?

.....

6- Avez-vous des problèmes aux seins de votre travail ?

.....

AXE 2: COVID -19

1-comment vous vous sentez avec cette nouvelle pandémie ?

.....

2-Comment vous avez réagis en tant que médecins face à ce virus ?

.....

3-Avez-vous peur d'être contaminé ?

.....

4-Quel était votre sentiment pendant le confinement ?

.....

5-Est-ce-que vous avez été loin de votre famille ?décrivez nous ce sentiment ?

.....

6-Combien de temps vous avez été loin de votre famille ?

.....

7-Quel est la réaction de vos proches ?

.....

8-Avez-vous assez d'énergie pour compléter votre mission ?

.....

9-disposez-vous du matériel qu'il faut pour affronter ce maudit virus ?

.....

10-quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées au sein de cet hôpital ?

.....

11-y a-t-il une baisse de personnes contaminées par ce virus depuis que vous avez commencé à travailler dans cet hôpital ?

.....

12-pensez-vous que ce nouveau vaccin contre ce virus peut avoir des conséquences néfastes sur le corps humain ?

.....

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peut	Modérément	Beaucoup	Enormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, reveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardiorespiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, Céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4

Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

2. Tension nerveuse

Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude

1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.

2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.

3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

3. Craintes

Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.

0 – Absentes

1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.

2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.

3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.

4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4. Insomnie

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

0 – Durée et profondeur du sommeil habituelles

1 – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

2 – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

3 – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérée de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

4 – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

7. Symptômes somatiques généraux : musculaires Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

9. Symptômes cardio-vasculaires

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

10. Symptômes respiratoires

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

11. Symptômes gastro-intestinaux

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises

en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

12. Symptômes urinaires et génitaux

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

13. Autres symptômes du SNA Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

0 – Absents

1 – Présence peu claire.

2 – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

14. Comportement pendant l'entretien

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

0 – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

2 – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

3 – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

4 – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

<17: légère

18 – 24: légère à modérée

25 – 30: modérée à grave

Remarque;

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

L'échelle de Beck :

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

- 0. Je ne me sens pas triste.
- 1. Je me sens très souvent triste.
- 2. Je suis tout le temps triste.
- 3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

- 0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
- 1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
- 2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

- 0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
- 1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
- 2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

- 0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.

2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.

1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
1. Je pleure plus qu'avant.
2. Je pleure pour les moindres petites choses.
3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
- 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
- 3. b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.

1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2. a. Je n'ai pas d'appétit.
2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Résumé :

Ce mémoire a pour but d'étudier la santé mentale des soignants pendant LA COVID-19 et les facteurs principaux de la détresse psychologiques chez ces derniers ; l'objectif principal est d'évaluer le degré de l'anxiété et de dépression, pour ce faire nous avons choisi la méthode clinique. Mais vu les problèmes rencontrés qui ont empêchés le déroulement de notre stage pratique qui aurait dû s'effectuer au sein de CHU Franz fanon (service ORL) on a basé sur l'analyse des articles ayant la relation avec notre thématique cette analyse nous a conduit à confirmer nos hypothèses qui montre que les soignants pendant la COVID-19 présente une détresse psychologique.

Mots clés :

Détresse psychologique, covid-19, dépression, anxiété, soignants, orl

Abstract:

The purpose of this thesis is to study the mental health of caregivers during COVID-19 and the main factors of psychological distress in them; the main objective is to assess the degree of anxiety and depression, to do this we have chosen the clinical method. But given the problems encountered that prevented the course of our practical internship that should have been carried out within CHU Franz fanon (ORL service) we based on analysis of articles related to our theme this analysis led us to confirm our hypotheses which shows that caregivers during COVID-19 present psychological distress.

Keywords:

Psychological distress, covid-19, depression, anxiety, caregivers, ORL